

**ANKIETA ZADOWOLENIA PACJENTA AOZ
I PRACOWNI FIZJOTERAPII DLA DZIECI**

<p>1. Płeć: męska*</p> <p> żeńska</p>	<p>8. Jak ocenia Pan/ Pani obsługę w rejestracji?</p> <p>bardzo dobrze</p> <p>dobrze</p> <p>źle</p> <p>bardzo źle</p>
<p>2. Czy poszanowane były podczas wizyty prawa pacjenta?</p> <p>tak</p> <p>nie</p>	<p>9. Jaka jest ogólna ocena poziomu opieki i usług medycznych?</p> <p>bardzo dobra</p> <p>dobra</p> <p>zła</p> <p>bardzo zła</p>
<p>3. Czy zachowana jest intymność pacjenta?</p> <p>tak</p> <p>nie</p>	<p>10. Jak ocenia Pan/ Pani dostępność do lekarza specjalisty?</p> <p>bardzo dobrze</p> <p>dobrze</p> <p>źle</p> <p>bardzo źle</p>
<p>4. Czy wyjaśnienia i informacje udzielone pacjentowi były wystarczające?</p> <p>tak</p> <p>nie</p>	<p>11. Co należałoby zmienić na lepsze?</p>
<p>5. Czy informowano pacjenta o skutkach ubocznych terapii?</p> <p>tak</p> <p>nie</p>	<p>12. Własne propozycje i uwagi:</p>
<p>6. Jak ocenia Pan/ Pani opiekę lekarską?</p> <p>bardzo dobrze</p> <p>dobrze</p> <p>źle</p> <p>bardzo źle</p>	<p>13. Proszę o podanie przedziału wiekowego:</p> <p>do 30 lat</p> <p>30 – 50 lat</p> <p>powyżej 50 lat</p>
<p>7. Jak ocenia Pan/ Pani opiekę pielęgniarską?</p> <p>bardzo dobrze</p> <p>dobrze</p> <p>źle</p> <p>bardzo źle</p>	<p>14. Proszę podać Przychodnię w której Pan/ Pani jest leczona:</p>

*** Właściwą odpowiedź zakreślić**