

BADANIE OPINII I DOŚWIADCZEŃ PACJENTA (załącznik 3 WSZJ)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA/OPIEKUNA (niepotrzebne skreślić) :

.....

ANONIMOWO: ☐

1	Jak ocenia Pan/i jakość pracy fizjoterapeuty? (1-5)	
2	W jakim stopniu nastąpiła poprawa jakości życia pacjenta poprzez rehabilitację domową? (1-5)	
3	Czy otrzymał/a Pan/i od fizjoterapeuty rzetelne informacje na temat planu rehabilitacji, możliwości samodzielnych ćwiczeń, zaleceń itp. ?	TAK/NIE
4	Jak ocenia Pan/i jakość obsługi na rejestracji Moja Przychodnia? (1-5)	
5	Jaki jest Pana/i poziom satysfakcji ze świadczonych usług Moja Przychodnia ? (1-5)	
6	Czy wystąpiły jakieś zdarzenia niepożądane podczas świadczeń rehabilitacji domowej?	TAK/NIE
Jeśli „TAK” proszę napisać jakie:		

*SKALA: najmniej: 1, najwięcej: 5

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY 😊