

## Szanowni Państwo,

W związku z dążeniem do doskonalenia świadczonych przez nas usług, zwracamy się z prośbą o udzielenie informacji na temat stopnia zadowolenia Pana/Pani z jakości oferowanych przez nas świadczeń. Prosimy uprzejmie o wypełnienie anonimowej ankiety.

### Dziękujemy.

1. Jak Pani/Pan ocenia jakość obsługi w naszej placówce.

Prosimy o wstawienie znaku „x” w wybranym polu przy każdej z grup pracowników. Jeśli dane pytanie dotyczy zakresu usług, z których Państwo nie korzystaliście (np. usługa hotelowa) prosimy o pozostawienie wolnego miejsca.

GRUPA PRACOWNIKÓW	BARDZO ŹLE	ŹLE	ŚREDNIO	DOBRZE	BARDZO DOBRZE
ADMINISTRACJA HOTELU					
REJESTRACJA PRZYCHODNI					
LEKARZE					
FIZJOTERAPEUCI					
WYŻYWIENIE					

2. Prosimy o wstawienie znaku „x” w pole zgodnie z Państwa oceną.

REJESTRACJA	1	2	3	4	5
ŁATWOŚĆ UZYSKANIE POŁĄCZENIA Z REJESTRACJĄ					
KRÓTKIE TERMINY OCZEKIWANIA NA WIZYTĘ					
INDYWIDUALNE PODEJŚCIE DO PACJENTA					
KAMERALNA ATMOSFERA					
SZEROKA OFERTA USŁUG					

3. O jakie usługi/specjalizacje rozszerzyłaby/łby Pani/Pan ofertę Centrum Terapii Narządu Ruchu Biały Dom?

.....

.....

.....

4. Ile razy korzystała/ał Pani/Pan z usług naszej placówki w ciągu ostatnich 12-tu miesięcy?

- a. 1 raz    b. 2-3 razy    c. > 4 razy    d. nie korzystałam/em wcześniej

5. Czy poleciłaby/łby Pani/Pan naszą placówkę znajomemu?

- a. Tak    b. Nie    c. Nie wiem

6. Skąd dowiedziała/ał się Pani/Pan o naszej przychodni?

- a. Od lekarza  
b. Z Internetu  
c. Od znajomego/znajomej  
d. Inne. Jakież?

.....

*Miejsce na dodatkowe sugestie, opinie i uwagi.*

.....

.....

.....

.....