

**Proszę o zaznaczenie poradni, z której Pani/Pan korzystali\*:**

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem właściwą odpowiedź

	<b>Poradnia Chirurgiczna</b>
	<b>Poradnia Chorób Metabolicznych - Dietetyk</b>
	<b>Poradnia Endokrynologiczna</b>
	<b>Poradnia Gastrologiczna</b>
	<b>Poradnia Ginekologiczna</b>
	<b>Poradnia Kardiologiczna</b>
	<b>Poradnia Laryngologiczna</b>
	<b>Poradnia POZ - Lekarz Rodzinny/Pediatra</b>
	<b>Poradnia Logopedyczna</b>
	<b>Poradnia Medycyny Pracy</b>
	<b>Poradnia Neurologiczna</b>
	<b>Poradnia Okulistyczna</b>
	<b>Poradnia Ortopedyczna</b>
	<b>Poradnia Psychologiczna</b>
	<b>Poradnia Rehabilitacji</b>
	<b>Poradnia Urologiczna</b>
	<b>Pracownia Endoskopii</b>
	<b>Pracownia USG/Pracownia RTG</b>

**1. Jak ocenia Pani/Pan proces umówienia wizyty w poradni\*?**

Bardzo źle      Źle      Średnio      Dobrze      Bardzo dobrze

                      

**2. Jak ocenia Pani/Pan obsługę przez Pracownika Rejestracji\*?**

Bardzo źle      Źle      Średnio      Dobrze      Bardzo dobrze

                      

**3. Jak ocenia Pani/Pan obsługę przez Lekarza\*?**

Bardzo źle      Źle      Średnio      Dobrze      Bardzo dobrze

                      

**4. Jak ocenia Pani/Pan uzyskaną poradę lekarską\*?**

Bardzo źle      Źle      Średnio      Dobrze      Bardzo dobrze

                      

**5. Czy w przyszłości planuje Pani/Pan skorzystać z naszych usług\*?**

Tak      Nie

    

Jeśli udzieliła Pani/Pan odpowiedzi NIE – prosimy o uzasadnienie:

.....

.....

.....

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

Państwa odpowiedzi pomogą nam skuteczniej realizować nasze usługi

Dziękujemy za wypełnienie ankiety