



1. JAKIMI KRYTERIAMI KIEROWALI SIĘ PAŃSTWO PRZY WYBORZE AKADEMICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO?

<input type="checkbox"/>	ZAKRESEM OFEROWANYCH USŁUG	<input type="checkbox"/>	POLECENIEM PRZEZ ZNAJOMYCH
<input type="checkbox"/>	CENĄ USŁUG	<input type="checkbox"/>	REKLAMĄ (np. INTERNET)
<input type="checkbox"/>	LOKALIZACJĄ	<input type="checkbox"/>	INNE

2. Z JAKICH USŁUG PAŃSTWO KORZYSTALI?

<input type="checkbox"/>	DIAGNOSTYKA	<input type="checkbox"/>	STOMATOLOGIA
<input type="checkbox"/>	LABORATORIUM	<input type="checkbox"/>	REHABILITACJA
<input type="checkbox"/>	PORADY SPECJALISTÓW (JAKIE?)	<input type="checkbox"/>	KONSULTACJE NEUROPSYCHOLOGICZNE

3. JAK OCENIA PANI/PAN USŁUGI ŚWIADCZONE PRZEZ AKADEMICKIE CENTRUM MEDYCZNE?

	bardzo dobrze	dobrze	średnio	źle	bardzo źle
GODZINY PRACY REJESTRACJI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOŻLIWOŚĆ REJESTRACJI TELEFONICZNEJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNKTUALNOŚĆ WIZYTY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOSTĘPNOŚĆ MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPIEKA I POMOC PIELĘGNIARSKA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FACHOWOŚĆ I POMOC LEKARSKA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTETYKA RECEPCJI, GABINETÓW , KORYTARZY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTETYKA I CZYSTOŚĆ TOALET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WYPOSAŻENIE W SPRZĘT MEDYCZNY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. KTÓRE ETAPY OBSŁUGI PACJENTA WYMAGAJĄ POPRAWY

<input type="checkbox"/>	REJESTRACJA	<input type="checkbox"/>	WIZYTA W GABINECIE LEKARSKIM
<input type="checkbox"/>	GABINET ZABIEGOWY	<input type="checkbox"/>	INNE (JAKIE?)

UWAGI:.....
.....

Pani/Pana ocena satysfakcji z pobytu w naszym centrum medycznym i świadczonych usług medycznych posłuży nam do poprawy jakości opieki i obsługi.

DZIĘKUJEMY ZA ODWIEDZENIE NASZEJ PLACÓWKI I WYPEŁNIENIE ANKIETY