Pieczęć Pracowni

W każdym pytanie prosimy o zakreślenie krzyżykiem [**X**] tej odpowiedzi, która odpowiada Państwa ocenie

1. Czy jest to pierwsza wizyta w tutejszej Pracowni	
Tak	
Nie	

2. Prosimy o ocenę naszej działalności zgodnie z przedstawiony poniżej poziomami satysfakcji lub jej braku (pełna satysfakcja - ☺; brak satysfakcji -😐; rozczarowanie - ☹; bez komentarza -;				
	☺	😐	☹	
a). stosunek personelu wykonującego badanie				
b). warunki sanitarne				
c). komfort oczekiwania na wizytę				
d). oznakowanie obiektów i komunikacja wewnętrzna				

3. Czy informacje na temat sposobu wykonania badania udzielane przez personel medyczny były wystarczające	
Satysfakcjonujące ☺	
Nie satysfakcjonujące 😐	
Rozczarowanie ☹	

4. Czy w odczuciu Państwa wizyta w Pracowni była :	
Satysfakcjonująca ☺	
Nie satysfakcjonująca 😐	
Rozczarowanie ☹ (z jakiego powodu)	

5. Co zdaniem Państwa należałoby usprawnić celem poprawy jakości świadczonych usług medycznych

6. Uwagi dodatkowe

Płeć dziecka: M ☐ K ☐ **Wiek dziecka: ……..**