



Feidhmeannacht na Seirbhíse Sláinte
Health Service Executive

Podstawowa opieka zdrowotna w ramach Usług Opieki Zdrowotnej (HSE)

Your service your say: Ankieta

Nazwa zespołu podstawowej opieki zdrowotnej, z którą miał(a) Pan(i) kontakt dzisiaj:

Dzisiejsza data:

W tej ankiecie prosimy o przekazanie nam własnej opinii na temat usług świadczonych przez nasz zespół podstawowej opieki zdrowotnej.

Czym jest zespół podstawowej opieki zdrowotnej?

Zespół podstawowej opieki zdrowotnej to grupa pracowników służby zdrowia, którzy wspólnie świadczą usługi w zakresie leczenia i opieki społecznej członkom lokalnej społeczności. Zwykle zespół ten składa się z:

- lekarzy pierwszego kontaktu,
- pielęgniarek,
- fizjoterapeutów,
- terapeutów zajęciowych,
- pracowników socjalnych oraz
- osób świadczących pomoc w domu pacjenta.

Wszyscy członkowie zespołu współpracują ze sobą, dzieląc się informacjami i koordynując pomoc, tak aby zapewnić pacjentom jak najlepszą opiekę.

Aby uzyskać więcej informacji na temat zespołów podstawowej opieki zdrowotnej, zapraszamy na stronę www.hse.ie/eng/about/Who/primarycare lub prosimy zwrócić się do członka lokalnego zespołu takiej opieki.



Zapraszamy Pana(-ią) do udziału w krótkiej ankiecie, gdzie prosimy o wyrażenie opinii na temat dzisiejszej wizyty w ośrodku i usług świadczonych przez nasz zespół.

Pana(-i) odpowiedzi pozostaną poufne i anonimowe. Biorąc udział w tej ankiecie, może Pan(i) pomóc nam udoskonalić nasze usługi.

Pana(-i) dane: Proszę zaznaczyć odpowiednie pola

YProszę podać płeć.

Mężczyzna ☐ Kobieta ☐ Inna ☐

Proszę wskazać swoją kategorię wiekową.

Poniżej 18 roku życia ☐ 18–24 lata ☐ 25–44 lata ☐ 45–64 lata ☐ 65–74 lata ☐ 75 lat lub więcej ☐

Czy ma Pan(i) którąś z poniższych kart?

Medical Card (Karta medyczna)	☐
GP Visit Card (Karta wizyt u lekarza pierwszego kontaktu)	☐
Long-term Illness Card (Karta pacjenta chorego długoterminowo)	☐
Health Amendment Act Card (Karta dla uprawnionych na mocy ustawy HAA)	☐
European Health Insurance Card (Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego)	☐
Drug Payment Scheme Card (Karta płatności za leki)	☐
Inna	☐
Żadna z powyższych	☐

Proszę określić, które stwierdzenie jest prawdziwe w odniesieniu do Pana(-i)?

Nie korzystałem(-am) z pomocy tłumacza podczas wizyty ☐

Skorzystałem(-am) z pomocy tłumacza języka migowego ☐

Skorzystałem(-a) z pomocy tłumacza ☐

Proszę podać kraj pochodzenia.

Irlandia ☐ Wielka Brytania ☐ UE ☐ Kraj spoza UE ☐

Inny ☐ Jeśli **inny**, proszę podać kraj.



Wizyta

1. Z których usług skorzystał(a) Pan(i) dzisiaj?

Proszę zaznaczyć wszystkie osoby, z których usług Pan(i) skorzystał(a).

Leka	☐
Pielęgniarka	☐
Pielęgniarka środowiskowa	☐
Fizjoterapeuta	☐
Terapeuta zajęciowy	☐
Inna usługa	☐

Jeśli skorzystał(a) Pan(i) z **usługi innej osoby**, proszę podać nazwę specjalisty.

2. Proszę opisać jakość usługi, z której Pan(i) dzisiaj skorzystał(a).

Nie było żadnych problemów z dostępem do usługi.

☐

Godziny otwarcia były niedogodne.

☐

Czas oczekiwania na wizytę był zbyt długi.

☐

Usługa, której potrzebowałem(-am), nie była dostępna w ramach podstawowej opieki zdrowotnej aż do teraz.

☐

Udało mi się tylko otrzymać skierowanie na usługę poprzez inną usługę.

☐

Inny problem.

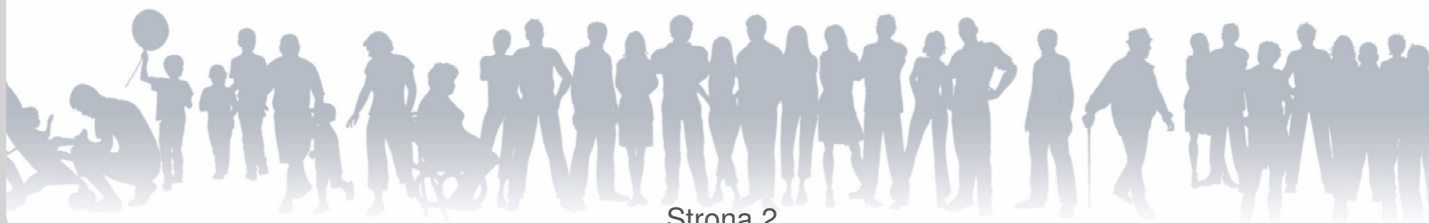
Jeśli wystąpił **inny problem**, proszę napisać, na czym polegał.

Proszę tutaj wpisać nazwę usługi lub usług, z których nie mógł/mogła Pani skorzystać:

3. Gdzie miała miejsce wizyta?

Ośrodek zdrowia	☐
Gabinet lekarza pierwszego kontaktu	☐
Inne miejsce	☐

Jeśli było to **inne miejsce**, proszę wpisać, gdzie.



4. Proszę określić dogodność godziny wizyty.

Godzina zaoferowanej mi wizyty była maksymalnie dogodna.

☐

Wolał(a)bym wizytę przed godz. 9:00.

☐

Wolał(a)bym wizytę w godzinach od 12:00–13:00.

☐

Wolał(a)bym wizytę w godzinach od 13:00–14:00.

☐

Wolał(a)bym wizytę po godz. 17:00.

☐

5. Jak łatwo było Panu(-i) dostać się do budynku, gdzie odbywała się wizyta, i poruszać się po nim?

Bardzo łatwo ☐ Łatwo ☐ Trudno ☐ Bardzo trudno ☐

6. Czy w budynku i jego pomieszczeniach było czysto i schludnie?

Tak ☐ Nie ☐

7. Jak długo czekał(a) Pan(i) na dzisiejszą wizytę?

Krócej niż 15 minut ☐ 15 do 30 minut ☐ 31 do 45 minut ☐ Ponad 45 minut ☐

8. Czy specjalista umył lub oczyścił ręce przed kontaktem z Panem(-ią) podczas wizyty?

Tak ☐ Nie ☐ Nie pamiętam ☐

9. Czy specjalista przedstawił się na początku wizyty?

Tak ☐ Nie ☐ Znałem(-a) specjalistę przed dzisiejszą wizytą ☐

10. Czy podczas wizyty został(a) Pan(i) potraktowany(-a) uprzejmie i z szacunkiem?

Tak ☐ Nie ☐

11. Czy był(a) Pan(i) zadowolony(-a) ze stopnia prywatności zapewnionego Panu(-i) podczas wizyty?

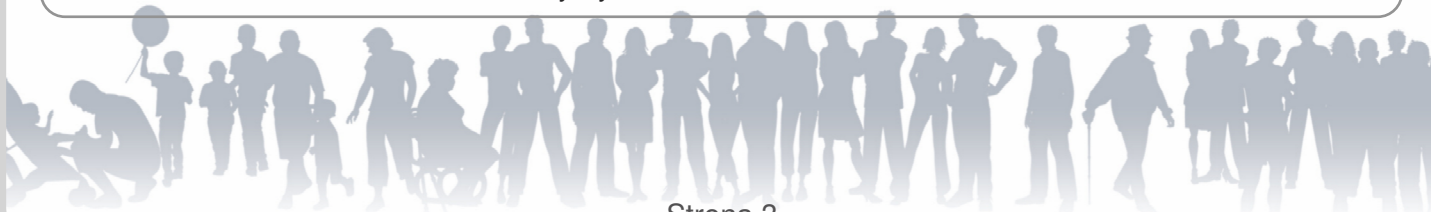
Tak ☐ Nie ☐

12. Czy wyjaśniono Panu(-i), że jeśli zaistnieje taka potrzeba, informacje na temat Pana(-i) zdrowia mogą być udostępnione innym członkom zespołu podstawowej opieki zdrowotnej?

Tak ☐ Nie ☐ Nie mam pewności ☐

13. Czy porady i informacje przekazane Panu(-i) dzisiaj przez specjalistę podczas wizyty były zrozumiałe?

Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy ☐



14. Czy miał(a) Pan(i) wystarczająco dużo czasu podczas wizyty, aby zadawać pytania i omówić swoje problemy i wątpliwości dotyczące zdrowia?

Tak ☐

Nie ☐

15. Czy brał Pan(i) udział w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki i Pana(-i) leczenia?

Tak ☐

Nie ☐

16. Czy w trakcie dzisiejszej wizyty uzyskał Pan(i) informacje lub porady dotyczące poniższych kwestii?

a. Rzucenie palenia	Tak ☐	Nie ☐	Nie dotyczy ☐
b. Utrata masy ciała	Tak ☐	Nie ☐	Nie dotyczy ☐
c. Odżywianie się i zdrowe nawyki żywieniowe	Tak ☐	Nie ☐	Nie dotyczy ☐
d. Aktywność fizyczna	Tak ☐	Nie ☐	Nie dotyczy ☐
e. Spożywanie alkoholu	Tak ☐	Nie ☐	Nie dotyczy ☐
f. Zdrowie psychiczne i samopoczucie	Tak ☐	Nie ☐	Nie dotyczy ☐
g. Demencja	Tak ☐	Nie ☐	Nie dotyczy ☐
h. Zapobieganie upadkom	Tak ☐	Nie ☐	Nie dotyczy ☐
i. Zażywanie narkotyków	Tak ☐	Nie ☐	Nie dotyczy ☐
j. Inne	Tak ☐	Nie ☐	Jeśli tak, proszę podać, jakie inne informacje Pan(i) uzyskał(a).

17. Czy są inne kwestie, w zakresie których potrzebował(a)by Pan(i) informacji lub porady?

Tak ☐

Nie ☐

Jeśli tak, proszę podać, jakie.

18. Jakby Pan(i) ogólnie ocenił(a) poziom usług podczas dzisiejszej wizyty?

Proszę zakreślić jedną ocenę.

1

2

3

4

5

Doskonały

Bardzo dobry

Dobry

Słaby

Bardzo słaby

19. Czy zna Pan(i) poniższe publikacje i usługi?

Krajowa Karta Opieki Zdrowotnej, „You and Your Health Service”: Tak ☐

Nie ☐

‘Your Service Your Say’ (Procedura skarg w służbie zdrowia):

Tak ☐

Nie ☐

20. Jeśli chciał(a)by Pan(i) dodać jakieś uwagi do swoich odpowiedzi na powyższe pytania lub jeśli ma Pan(i) uwagi lub spostrzeżenia na temat tego, jak można podnieść poziom usług zespołu podstawowej opieki zdrowotnej, prosimy wpisać je tutaj:

Weź udział

Dowiedz się, jak możesz wziąć udział w podnoszeniu poziomu usług w służbie zdrowia w Irlandii. HSE zaprasza użytkowników usług, aby uczestniczyli w naszych forach dla pacjentów oraz inicjatywach służących poprawie jakości usług w służbie zdrowia.

Aby dowiedzieć się więcej, zapraszamy na stronę

www.hse.ie/eng/about/Who/primarycare

www.hse.ie/eng/services/yourhealthservice

lub do kontaktu pod adresem yoursay@hse.ie

Building a Better Health Service

CARE COMPASSION TRUST LEARNING