

Informacje o Pacjencie

Płeć Kobieta Mężczyzna

Wiek

do 18 lat
 19 - 25
 26 - 35
 36 - 45
 46 - 55
 56 - 65
 66 i więcej

Wykształcenie

podstawowe
 gimnazjalne
 zasadnicze zawodowe
 średnie
 pomaturalne
 licencyjne
 wyższe

Ile razy korzystał/a Pan/Pani z zabiegów chirurgii plastycznej?	
Z jakiego rodzaju zabiegu ostatnio Pan/Pani korzystał/a?	

Jak ocenia Pani/Pan nasz poziom rejestracji telefonicznej/internetowej?

Poziom obsługi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania

Jak ocenia Pani/Pan poziom obsługi lekarskiej?

Stosunek do Pacjenta życzliwość	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informowanie Pacjenta o kosztach leczenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Punktualność lekarza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania

Proszę opisać w 2-3 zdaniach swoją opinię o lekarzu

Imię i Miasto zamieszkania / opcjonalnie

Bardzo zależy nam na Państwa ocenie naszej obsługi i Państwa opinii o nas.

Dziękujemy.