

QUESTIONÁRIO SOBRE A SATISFAÇÃO DOS PACIENTES EM RELAÇÃO ÀS CLÍNICAS DE FISIOTERAPIA CREDENCIADAS AO PASBC-RJ

1. IDADE _____ ANOS.
2. SEXO: () MASCULINO () FEMININO
3. EM QUAL CLÍNICA DE FISIOTERAPIA REALIZOU O TRATAMENTO?

4. COMO TOMOU CONHECIMENTO SOBRE ESTA CLÍNICA?

() INDICAÇÃO DE MÉDICO
() INDICAÇÃO DE AMIGO
() CONSULTA NO PORTAL PASBC
() OUTROS, POR FAVOR INFORME _____
5. ESTA FOI SUA PRIMEIRA EXPERIÊNCIA COM FISIOTERAPIA?

() SIM () NÃO
6. ESTA FOI SUA PRIMEIRA EXPERIÊNCIA NESTA CLÍNICA?

() SIM () NÃO
7. O PRIMEIRO ATENDIMENTO (AVALIAÇÃO) FOI REALIZADO POR PROFISSIONAL DE QUAL ESPECIALIDADE?

() MÉDICO (FISIATRA/ORTOPEDISTA/REUMATOLOGISTA)
() FISIOTERAPEUTA
() TÉCNICO
8. AS SESSÕES DE FISIOTERAPIA FORAM REALIZADAS POR PROFISSIONAL DE QUAL ESPECIALIDADE?

() MÉDICO (FISIATRA/ORTOPEDISTA/REUMATOLOGISTA)
() FISIOTERAPEUTA
() TÉCNICO
9. POR FAVOR, INDIQUE A REGIÃO DO CORPO PARA A QUAL VOCÊ RECEBEU INDICAÇÃO DE FISIOTERAPIA:

() PESCOÇO () QUADRIL
() REGIÃO LOMBAR () PÉ
() OMBRO () MÃO
() COTOVELO () JOELHO
() OUTROS, POR FAVOR INFORME _____

10. QUANTAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA VOCÊ REALIZOU NESTA CLÍNICA?

11. SE VOCÊ TIVER REALIZADO SESSÕES DE ACUPUNTURA, O ATENDIMENTO FOI REALIZADO POR PROFISSIONAL DE QUAL ESPECIALIDADE?

MÉDICO

FISIOTERAPEUTA

12. POR FAVOR, AVALIE SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM CADA UMA DAS SEGUINTE AFIRMAÇÕES E ASSINALE CONFORME A LEGENDA ABAIXO:

- 1- DISCORDA TOTALMENTE
- 2- DISCORDA
- 3- NEM CONCORDA NEM DISCORDA
- 4- CONCORDA
- 5- CONCORDA TOTALMENTE
- 6- NÃO TENHO NENHUMA OPINIÃO SOBRE O ASSUNTO

- A) MINHA PRIVACIDADE FOI RESPEITADA DURANTE A MINHA SESSÃO DE FISIOTERAPIA. ()
- B) OS ATENDIMENTOS MARCADOS OCORRERAM EM HORÁRIOS CONVENIENTES. ()
- C) EU FIQUEI SATISFEITO (A) COM O TRATAMENTO REALIZADO PELO FISIOTERAPEUTA. ()
- D) EU FUI ATENDIDO (A) NO HORÁRIO PREVISTO PARA O TRATAMENTO. ()
- E) A LOCALIZAÇÃO DA CLÍNICA FOI CONVENIENTE PARA MIM. ()
- F) A INFRAESTRUTURA ESTÁ DE ACORDO COM O SERVIÇO PRESTADO. ()
- G) A CLÍNICA FORNECE CONDIÇÕES ADEQUADAS DE HIGIENE E CONSERVAÇÃO. ()
- H) FIQUEI SATISFEITO (A) COM O RESULTADO DO ATENDIMENTO DO FISIOTERAPEUTA/TÉCNICO. ()
- I) PUDE PERCEBER QUE O FISIOTERAPEUTA/TÉCNICO ERA SUPERVISIONADO POR UM MÉDICO (FISIATRA/ORTOPEDISTA/REUMATOLOGISTA). ()
- J) EU RECOMENDARIA ESTA CLÍNICA PARA FAMILIARES E AMIGOS. ()
- K) EU RETORNARIA PARA ESTA CLÍNICA, SE NO FUTURO EU PRECISAR DE TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ()

AGRADECEMOS PELA SUA PARTICIPAÇÃO!