

KWESTIONARIUSZ LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO ANKIETĘ BADAWCZĄ PRZYCZYŃ WIZYT W POZ

Imię: Nazwisko:

Numer prawa wykonywania zawodu:

Telefon kontaktowy: Mail:

Specjalizacja:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medycyna rodzinna | <input type="checkbox"/> Brak specjalizacji |
| <input type="checkbox"/> Interna | |
| <input type="checkbox"/> Pediatria | |
| <input type="checkbox"/> Inna, jaka | |

Stopień specjalizacji:

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Specjalista | <input type="checkbox"/> I stopień |
| <input type="checkbox"/> II stopień | <input type="checkbox"/> W trakcie |

Wiek:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Właściciel podmiotu |
| <input type="checkbox"/> Pracownik (niezależnie od formy zatrudnienia) |

Dane dotyczące miejsca udzielania świadczeń w badanym tygodniu:

Województwo:

Powiat:

Rodzaj miejscowości:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Miasto wojewódzkie |
| <input type="checkbox"/> Miasto na prawach powiatu |
| <input type="checkbox"/> Inne miasto |
| <input type="checkbox"/> Siedziba gminy |
| <input type="checkbox"/> Inna miejscowość |

W ciągu badanego tygodnia ankietę w podmiocie:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Wypełniali wszyscy lekarze |
| <input type="checkbox"/> Wypełniała część lekarzy |
| <input type="checkbox"/> Wypełniałem tylko ja spośród lekarzy |
| <input type="checkbox"/> Wypełniałem tylko ja - sam pracuję |