**OCENA BADANIA PRZEZ BADANEGO**

1. Czy był Pan/Pani zadowolony/a z jakości ośrodka?

☐ TAK ☐ NIE

2. Czy badanie było bolesne ?

☐ NIE ☐ Tak, trochę ☐ Średnio ☐Bardzo

3. Czy po badaniu odczuwał/a Pan/Pani dyskomfort lub kolkowy ból brzucha?

☐ NIE ☐ Tak, trochę ☐ Średnio ☐Bardzo

4. Jak długo trwały dolegliwości po badaniu?

☐ 1-3 h ☐ 3-6 h ☐ Ponad 6h

5. Czy w drodze powrotnej z badania konieczna była nagła wizyta w toalecie ?

☐ TAK ☐ NIE

6. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z informacji dotyczących przebiegu i wyników badania ?

☐ TAK ☐ NIE ☐ W miarę