

E - B O O K D O P · B E Z P Ł A T N Y

---

# 10 BŁĘDÓW

przez które pacjent mówi

*„muszę się zastanowić”*

Wyciąg z książki „Dlaczego pacjenci mówią TAK” Rozdziały 2, 5, 6, 8, 9, 22

**Michał Katarzyński**

autor systemu Doskonała Obsługa Pacjenta



Kurs „Rentowna Praktyka Stomatologiczna” — Warszawa

## SPIS TREŚCI

# Co znajdziesz w środku

Ten poradnik to wyciąg z mojej książki „Dlaczego pacjenci mówią TAK”. Każdy z 10 błędów ma swój pierwowzór w rozdziale książki — i jest oparty na audytach polskich praktyk stomatologicznych, które prowadzę od 2012 roku.

- ▶ Diagnoza — co się dzieje w głowie pacjenta
- ▶ Cytat z książki — żebyś usłyszał to moim głosem
- ▶ Narzędzie — co zrobić w gabinecie od jutra
- ▶ Czerwona flaga — sygnał ostrzegawczy dla zespołu

## 10 błędów

01. Przeciążenie poznawcze — klątwa Twojej wiedzy

02. Plan leczenia bez wytłumaczenia etiologii (żargon)
03. Plan kompleksowy dla pacjenta M1, M2 lub M3
04. Niespójność sygnałów zaufania (telefon, zegarek, kurz)
05. Zespół (recepcja + asysta) burzy decyzję pacjenta
06. Mówisz przez całą konsultację (monolog)
07. Chowasz się za zbroją z wiedzy
08. Emocjonalne odcięcie — jesteś funkcją w grafiku
09. Pośpiech wyłącza decyzję pacjenta
10. Walczysz o ostatnie słowo z pacjentem

### **Bonus na końcu**

- ▶ Model PEWA — 4 dominujące style zachowania pacjenta (Przyjaciel / Entuzjasta / Wódz / Analityk)
- ▶ Mapa 7 Czynników Decyzji Pacjenta™ — fundament systemu DOP
- ▶ Checklista self-audit — wydrukuj i powieś w pokoju zespołu
- ▶ Co dalej — 3 ścieżki wdrożenia DOP w Twojej praktyce

WSTĘP OD AUTORA

# Dlaczego ten e-book

**Cześć, jestem Michał.**

Od 2012 roku audytuję polskie praktyki stomatologiczne i prowadzę szkolenia dla zespołów. W książce „Dlaczego pacjenci mówią TAK” (25 rozdziałów, 2026) zebrałem 14 lat tej pracy — psychologię decyzji pacjenta, neurobiologię lęku, protokoły konsultacji.

**Ten e-book to wyciąg dla zapracowanych. 10 błędów. Każdy z osobna wybaczalny. Razem — śmiertelny dla decyzji pacjenta.**

*„Konsultacja rzadko kończy się fiaskiem przez jeden duży błąd. Kończy się przez serię mikrourazów emocjonalnych, których lekarz najczęściej nie zauważa.”*

— Rozdział 5: Pułapki Komunikacji

To jest dobra wiadomość. Mikrourazy mają konkretne przyczyny — i konkretne narzędzia naprawcze. Każdy z 10 błędów w tym poradniku można zacząć poprawiać od jutra rano, bez podnoszenia cen, bez kosztownego marketingu, bez wymiany zespołu.

Pan Damian, którego case study opisuję w R5, podniósł akceptację kompleksowych planów leczenia z 48% do 66% w 3 miesiące. Nie zmienił kosztorysów. Nie zmienił techniki. Zmienił sekwencję komunikacji.

**Zaczynamy.**

— Michał



*Konsultacja indywidualna na kursie DOP*

## BŁĄD #01 · ROZDZIAŁ 2

## BŁĄD #01 Przeciążenie poznawcze — klątwa Twojej wiedzy

### Diagnoza — co naprawdę się dzieje

Klątwa wiedzy (curse of knowledge — Camerer, Loewenstein, Weber, 1989): im więcej wiesz w danej dziedzinie, tym trudniej Ci sobie wyobrazić, że ktoś tego nie wie. Twoja wiedza staje się dla Ciebie przezroczysta. Mówiąc „implant w pozycji szesnastki”, Ty słyszysz cały kontekst kliniczny. Pacjent słyszy „coś z numerem”. Tej różnicy nie zauważasz.

*„Lekarz, mówiąc „implant w pozycji szesnastki”, słyszy w swojej głowie cały kontekst — anatomię, sekwencję chirurgiczną, materiały, rokowanie, czas leczenia. Pacjent słyszy „coś z numerem”. Lekarz tej różnicy nie zauważa, bo dla niego ten kontekst jest niewidocznie obecny.”*

— Rozdział 2, sekcja 3: Klątwa wiedzy

### Narzędzie — od jutra w gabinecie

- ▶ Założenie startowe: pacjent NIE ma żadnego kontekstu medycznego. Mów tak, jakbyś tłumaczył swojemu sąsiadowi.
- ▶ Łatwość poznawcza (Kahneman): mózg przypisuje wyższą wiarygodność temu, co łatwe do przetworzenia. Plan zrozumiały wydaje się trafniejszy od planu niezrozumiałego — niezależnie od ich obiektywnej jakości.
- ▶ Test pukającego (Newton 1990): pukający szacowali 50% trafień. Słuchacze odgadli 2,5%. Ty słyszysz melodię w głowie. Pacjent słyszy „tuk-tuk”.
- ▶ Po każdym ważnym zdaniu sprawdź: „Jak Pan to powtórzy żonie wieczorem?”. Słuchaj odpowiedzi. Wykryjesz lukę.
- ▶ Sygnał: gdy pacjent kiwa głową i mówi „rozumiem” 3 razy z rzędu — najprawdopodobniej już nie rozumie.

#### CZERWONA FLAGA W ZESPOLE

*Czy potrafisz wyjaśnić swój plan leczenia 12-letniemu dziecku w ciągu 60 sekund?*

## BŁĄD #02 · ROZDZIAŁ 9

**BŁĄD #02 Plan leczenia bez wytłumaczenia etiologii****Diagnoza — co naprawdę się dzieje**

Pan Jakub, doświadczony implantolog, odpowiadał panu Tomaszowi: „Mamy do czynienia z resorpcją wyrostka w klasie B–C, augmentację jednoczasową z materiałem ksenogennym, plus błonę kolagenową”. Pan Tomasz kiwał głową, mówił „rozumiem”. Pół roku później powiedział: „u doktora Jakuba byłem, sympatyczny człowiek, ale ja kompletnie nic nie rozumiałem”. Wszczepy zrobił u innego lekarza.

*„Pacjent nie wybiera lekarza, który najwięcej wie. Pacjent wybiera lekarza, dzięki któremu sam czuje, że wie więcej niż przed konsultacją.”*

— Rozdział 9: Komunikacja — most między faktem a uczuciem

**Narzędzie — od jutra w gabinecie**

- ▶ Każdy termin medyczny ma wersję obrazową. „Resorpcja wyrostka” → „miejsce, gdzie ma stać implant, jest dziś za wąskie — najpierw musimy je poszerzyć”.
- ▶ Każde zalecenie zacznij od ETIOLOGII (DLACZEGO), zanim przejdziesz do PROCEDURY (JAK). Bez „dlaczego” pacjent nie ma do czego przywiązać „jak”.
- ▶ „Osteointegracja” → „implant musi się zrosnąć z kością — to trwa około czterech miesięcy”. Każde słowo: czas, działanie, efekt.
- ▶ Rytm: 3 zdania → pauza. Pierwsze ważne zdanie. Drugie wyjaśnienie. Trzecie konsekwencja. PAUZA. Pacjent przetwarza.
- ▶ Po wyjaśnieniu: parafraza pacjenta. „Czyli rozumiem, że najpierw poszerzamy, potem wszczepiamy, potem czekamy 4 miesiące — i wtedy korona. Tak?”. Jeśli się myli — wracaj.

**CZERWONA FLAGA W ZESPOLE**

*Czy KAŻDY termin medyczny w Twoim planie ma obok wersję obrazową dla pacjenta?*

## BŁĄD #03 · ROZDZIAŁ 6

## BŁĄD #03 Plan kompleksowy dla pacjenta M1, M2 lub M3

### Diagnoza — co naprawdę się dzieje

Pan Andrzej prowadził w jednym tygodniu cztery konsultacje wewnętrznie wzorcowe. Pani Beata (M1, ból + ukryte ubytki), pan Krzysztof (M2, świadomy ale odkłada), pani Joanna (M3, chce licówki, nie pełnego planu), pan Tomasz (M4, gotowy z konkretem). Pan Andrzej KAŻDEMU pokazał kompleksowy plan jakby był M4. Z czterech zaczął leczenie tylko jeden — pan Tomasz. Trzech pozostałych nie wróciło.

*„Pacjent nie jest gotowy lub niegotowy. Pacjent jest w jednym z czterech stanów gotowości. Lekarz, który tego nie rozróżnia, prowadzi większość rozmów źle — niezależnie od tego, jak dobry jest klinicznie.”*

— Rozdział 6: Model Gotowości Pacjenta™ (M1-M4)

### Narzędzie — od jutra w gabinecie

- ▶ W pierwszych 90 sekundach rozpoznaj stan gotowości. M1 → „nic mnie nie boli”, postawa zamknięta. M2 → „wiem, że powinienem”. M3 → „chcę tylko ten jeden ząb”. M4 → „jestem gotowy, co Pan rekomenduje?”.
- ▶ M1: NIE pokazuj kompleksowego planu. Pokaż 1 problem, który pacjent sam zaobserwował. Resztę zarezerwuj na recall za 3-6 miesięcy.
- ▶ M2: NIE naciskaj. Powiedz: „Rozumiem, że to nie jest dla Pana priorytet w tym miesiącu. Mogę pokazać, gdzie jest sprawa — żebyśmy oboje wiedzieli?”. Trzy miesiące pracy nad zaufaniem.
- ▶ M3: Zaczynaj od TEGO, z czym pacjent przyszedł (licówka, jeden ząb). Pełen plan to ETAP 2 — po zbudowaniu zaufania, NIE w pierwszej konsultacji.
- ▶ M4: pełen plan, konkrety, sekwencja, harmonogram. Tylko M4 jest pacjentem, dla którego kompleksowy plan w pierwszej rozmowie to dobra strategia.

#### CZERWONA FLAGA W ZESPOLE

*Czy umiesz w 90 sekund zdiagnozować stan gotowości pacjenta przed pokazaniem planu?*

BONUS DO BŁĘDU #03 · MAPA M1-M4

# Model Gotowości Pacjenta™

Rozpoznaj stan gotowości w pierwszych 90 sekundach — i dopasuj rozmowę. Dwa wymiary: świadomość problemu × motywacja do działania. Cztery stany. Każdy wymaga innej reakcji.

NISKA MOTYWACJA	WYSOKA MOTYWACJA
<p><b>M2</b> <i>świadomy, ale niezmotywowany</i> „Wiem, że powinienem, ale ciągle to odkładam”. → NIE naciskaj. Pokaż gdzie jest sprawa. Wróć za 3 miesiące.</p>	<p><b>M4</b> <i>gotowy — decyzja możliwa</i> „Jestem gotowy działać. Co Pan rekomenduje?”. → PEŁEN plan, sekwencja, harmonogram, koszty.</p>
<p><b>M1</b> <i>nieświadomy, niezmotywowany</i> „Nic mnie nie boli, więc chyba wszystko jest dobrze”. → POKAŻ 1 problem. Recall za 3-6 miesięcy.</p>	<p><b>M3</b> <i>zmotywowany, ale wąsko świadomy</i> „Chcę tylko ten jeden ząb / licówkę”. → ZACZNIJ od tego z czym przyszedł. Plan = etap 2.</p>

Tylko M4 jest pacjentem, dla którego prezentacja kompleksowego planu w pierwszej konsultacji jest dobrą strategią. M1, M2, M3 wymagają wcześniej innej rozmowy — inaczej wychodzą z „muszę się zastanowić”.

## BŁĄD #04 · ROZDZIAŁ 8

## BŁĄD #04 **Niespójność sygnałów zaufania (telefon, zegarek, kurz)**

### Diagnoza — co naprawdę się dzieje

Pani Alicja przyszła z polecenia — silnego, osobistego („idź do Kacpra, nie znajdziesz lepszego”). Konsultacja szła wzorcowo. W 20. minucie zadzwonił prywatny telefon pana Kacpra. Powiedział „pilna sprawa”, wyszedł na korytarz. Pani Alicja słyszała przez uchylone drzwi: rozmowa o odbiorze dziecka z przedszkola. Plan był poprawny. Diagnostyka — wzorcowa. Wszczyepy zrobiła u innego lekarza. Powiedziała pani Magdalenie: „jeżeli on w środku ważnej konsultacji odbiera takie telefony, to co będzie, gdy będę leżała w fotelu z otwartą jamą ustną”.

*„Zaufanie nie powstaje z dyplomów. Powstaje ze spójności sygnałów. Buduje się latami. Niszczy się jednym sygnałem, którego sam nawet nie zauważyłeś, że wysłałeś.”*

— Rozdział 8: Zaufanie — fundament, bez którego nic nie zadziała

### Narzędzie — od jutra w gabinecie

- ▶ Prywatny telefon — wyłączony i niewidoczny przez całą konsultację. Bez wyjątków. Bez „pilnych spraw”.
- ▶ Zegarek poza zasięgiem wzroku. Asystentka pilnuje czasu — może dyskretnie zasygnalizować koniec.
- ▶ Czystość: blat, monitor, klamki, podłokietnik fotela. Kurz w gabinecie = sygnał, że ten zespół nie przykłada się do detali.
- ▶ Mowa zespołu w korytarzu: ZERO komentarzy o pacjentach. Nigdy nie wiesz, kto słyszy zza zamkniętych drzwi.
- ▶ Sprawdź źródło polecenia pacjenta w PIERWSZYCH 2 minutach: „polecenie osobiste / zawodowe / cyfrowe?”. Z każdego źródła pacjent przychodzi z innym poziomem kapitału zaufania — i każdy łatwiej spalić niż zbudować.

#### CZERWONA FLAGA W ZESPOLE

*Czy w ciągu ostatniego tygodnia w trakcie konsultacji zadzwonił prywatny telefon?*

## BŁĄD #05 · ROZDZIAŁ 22

## BŁĄD #05 Zespół (recepcja + asysta) burzy decyzję pacjenta

### Diagnoza — co naprawdę się dzieje

Pani Katarzyna przedstawiała plan na 31 200 zł panu Wiktorowi. Konsultacja wzorcowa. Pan Wiktor: „brzmi sensownie, chciałbym pomyśleć kilka dni, ale jestem nastawiony pozytywnie”. Wyszedł do toalety. W korytarzu usłyszał rejestratorkę: „Boże, ten plan u pana Viktora to tragedia”. Wrócił do recepcji, „dziękuję, odezwę się”. Nie wrócił.

*„Pacjent ocenia praktykę nie po konsultacji u lekarza. Ocenia ją po każdym mikrosygnale, który dociera do niego między recepcją a gabinetem — i z powrotem. Pacjent nie odróżnia lekarza, asystentki i rejestratorki. Słyszy je razem. „Moja praktyka” — tak nazywa to w głowie.”*

— Rozdział 22: Zespół jako gwarant decyzji

### Narzędzie — od jutra w gabinecie

- ▶ WSZYSCY w zespole rozumieją: pacjent słyszy każdą rozmowę między pokojami, w korytarzu, w recepcji.
- ▶ Zakaz komentowania pacjentów w przestrzeni, gdzie mogą być słyszani. Również po ich wyjściu — nigdy nie wiesz, kto wróci.
- ▶ Plan leczenia jest WSPÓLNYM dokumentem zespołu — recepcja zna 3 warianty cenowe na pamięć i odpowiada bez „muszę spytać doktora”.
- ▶ Codzienne 5-min stand-up rano: jacy pacjenci dziś, jakie plany, kto co mówi.
- ▶ Wspólny słownik: jak Wy mówicie o leczeniu kanałowym? Wszyscy tak samo. Inaczej pacjent dostaje 3 wersje tej samej historii.

#### CZERWONA FLAGA W ZESPOLE

*Czy w korytarzu Twojej praktyki można usłyszeć komentarze o pacjentach?*

## BŁĄD #06 **Mówisz przez całą konsultację**

### Diagnoza — co naprawdę się dzieje

Pan Damian, lekarz z 15-letnim stażem, prowadził 40-minutową konsultację z panem Kacprem. Plan implantoprotetyczny na 80 000 zł. Pokazał tomografię w czterech projekcjach, omówił trzy warianty technologiczne, zaprezentował kosztorys w trzech etapach. Pan Kacper miał w tej rozmowie może 3 minuty na własne wypowiedzi. Reszta — wykład. Wyszedł z „muszę się zastanowić”. Nie wrócił.

*„Pacjent nie był u lekarza. Był u profesora wykładającego o jego ustach. Decyzję podjął w drodze do domu.”*

— Rozdział 5, sekcja 1: Otwarcie

### Narzędzie — od jutra w gabinecie

- ▶ Wprowadź regułę 90 sekund: pierwsze półtora minuty każdej pierwszej konsultacji to wyłącznie czas pacjenta.
- ▶ Otwórz pytaniem: „Co Panią/Pana dziś do nas sprowadziło?”. I milcz. Pełne 90 sekund.
- ▶ W ciągu 40 min konsultacji lekarz powinien mówić maks. 60% czasu. Pacjent — minimum 40%.
- ▶ Jeśli pacjent milczy — nie wypełniaj ciszy slajdem. Zadaj pytanie pogłębiające: „A co Pani wtedy myślała?”.
- ▶ Zasada: każdy slajd kosztuje minutę milczenia pacjenta, którą można było wykorzystać.

#### CZERWONA FLAGA W ZESPOLE

*Czy w 40-minutowej konsultacji pacjent ma minimum 15 minut na własne wypowiedzi?*

## BŁĄD #07 · POSTAWA 1

BŁĄD #07 **Chowasz się za zbroją z wiedzy****Diagnoza — co naprawdę się dzieje**

Niektórzy lekarze używają wiedzy jak zbroi. Mówią o biomechanice, mikronach, klasach ceramiki — nie po to, by pacjent zrozumiał, ale po to, by uciec od trudniejszej części rozmowy. Łatwiej cytować badania, niż zapytać pacjenta: „Czego tak naprawdę się Pan boi?”. Łatwiej pokazać kolejny slajd, niż wytrzymać moment ciszy.

*„Część konsultacji w polskiej stomatologii to bardziej pokaz ego lekarza niż próba realnej pomocy pacjentowi. Lekarz mówi dużo, bo cisza zmuszałaby go do prawdziwego kontaktu z emocjami pacjenta. Lęk. Wstyd. Niepewność finansowa.”*

— Rozdział 5, Postawa 1: Zbroja z wiedzy

**Narzędzie — od jutra w gabinecie**

- ▶ Gdy pacjent się zawaha, milknie albo daje sygnał lęku — NIE dosypuj informacji.
- ▶ Zamiast kolejnego slajdu zadaj pytanie: „Widzę, że ta informacja Panią poruszyła. O czym Pani teraz myśli?”.
- ▶ Zasada: cisza pacjenta to NIE pustka do wypełnienia. To przestrzeń do nazwania tego, co go zatrzymuje.
- ▶ Doświadczeni lekarze są bardziej podatni na tę postawę niż młodzi. Im więcej wiedzy do schowania się za — tym bardziej kuszące.
- ▶ Jeśli zauważysz u siebie odruch „dorzucania” — to sygnał. Zamknij usta, zadaj pytanie.

**CZERWONA FLAGA W ZESPOLE**

*Czy w trakcie konsultacji nazywasz wprost emocje pacjenta (lęk, wstyd, niepewność)?*

## BŁĄD #08 · POSTAWA 2

## BŁĄD #08 Emocjonalne odcięcie — jesteś funkcją w grafiku

### Diagnoza — co naprawdę się dzieje

Wielu lekarzy, by przetrwać lata presji finansowej i czasowej, po prostu odcięło emocje. Działają zadaniowo. Mechanicznie. Kalendarz pęka w szwach, każdy pacjent dostaje swoje 40 minut, plan jest dobrze zaprojektowany — ale lekarz nie jest obecny. Jest funkcją w grafiku.

*„Możesz mieć najnowocześniejszy skaner. Możesz mieć perfekcyjnie skonstruowany plan. Jeśli Twój wzrok ucieka w stronę zegarka, jeśli głos brzmi mechanicznie, jeśli pacjent czuje, że jesteś „dwa pacjenty dalej” w głowie — przegrałeś konsultację, zanim doszło do kosztorysu.”*

— Rozdział 5, Postawa 2: Emocjonalne odcięcie

### Narzędzie — od jutra w gabinecie

- ▶ Przed każdą konsultacją 5-min pauza. Bez telefonu. Bez kolejnego pacjenta w głowie.
- ▶ Kawa, oddech, krótki spacer po korytarzu. Wejść do gabinetu obecny tu i teraz.
- ▶ Wprowadź zakaz zegarka w trakcie konsultacji. Asystentka pilnuje czasu — może dyskretnie zasygnalizować koniec.
- ▶ Jeśli miałeś trudny dzień, jeśli jesteś zmęczony — daj sobie 5 min więcej pauzy. Pacjent zasługuje na pełnego Ciebie.
- ▶ To wypalenie zawodowe w praktycznej manifestacji. Jeśli rozpoznajesz to u siebie — to nie wina. To sygnał, że trzeba zwolnić.

#### CZERWONA FLAGA W ZESPOLE

*Czy potrafisz spojrzeć pacjentowi w oczy bez sprawdzania zegarka przez całe 40 minut?*

## BŁĄD #09 · POSTAWA 3

BŁĄD #09 **Pośpiech wyłącza decyzję pacjenta****Diagnoza — co naprawdę się dzieje**

Średnia konsultacja pierwszorazowa w polskich praktykach prywatnych trwa ok. 35 minut. Dla kompleksowych planów powinna trwać 45-60. W praktyce skraca się do 25-27 minut, bo grafik się dopomina. Pacjent w pośpiechu nie podejmuje decyzji.

*„Konsultacja prowadzona w pośpiechu kosztuje więcej niż konsultacja prowadzona spokojnie. Lekarz, który dwadzieścia razy w tygodniu skraca konsultację o pięć minut, oszczędza sto minut grafiku miesięcznie — i traci kilkudziesięciu pacjentów rocznie.”*

— Rozdział 5, Postawa 3: Pośpiech

**Narzędzie — od jutra w gabinecie**

- ▶ Wyeliminuj z grafiku pierwsze konsultacje krótsze niż 40 minut.
- ▶ Każdy mikrosygnal pośpiechu (spojrzenie na zegarek, przyspieszanie wypowiedzi, krótkie odpowiedzi) generuje u pacjenta odruchowe wycofanie.
- ▶ Pacjent w stresie potrzebuje wolniejszego tempa, nie szybszego.
- ▶ Jeśli grafik się sypie — to nie pacjent ma być ofiarą. Zwiększ buforach między wizytami, podziel konsultację na dwie, ale nie skracaj.
- ▶ Pacjent, który nie wraca, kosztuje nie tylko swoją wartość — ale też wartość poleceń, których nie zrobi.

**CZERWONA FLAGA W ZESPOLE**

*Ile razy w tygodniu skrucasz konsultację „bo grafik się dopomina”?*

## BŁĄD #10 · POSTAWA 4

BŁĄD #10 **Walczysz o ostatnie słowo z pacjentem****Diagnoza — co naprawdę się dzieje**

Pacjent mówi „za drogo” — lekarz: „ale niech Pan policzy, że to na 15 lat”. Pacjent: „muszę się zastanowić” — lekarz: „rozumiem, ale problem się pogłębi”. Każda reakcja to walka o ostatnie słowo. Najczęstsza pułapka u doświadczonych lekarzy z silnym ego zawodowym.

*„Ostatnie słowo, którego lekarz tak bardzo chce, ostatecznie zawsze ma pacjent. Mówi je już w samochodzie, w drodze do domu.”*

— Rozdział 5, Postawa 4: Walka o ostatnie słowo

**Narzędzie — od jutra w gabinecie**

- ▶ Każda obiekcja pacjenta jest prawomocna. Zaczynaj od uznania jej, nie od argumentu.
- ▶ Sekwencja walidacyjna: „Dobrze, że Pan to mówi. Dziękuję, że mówi Pan wprost — wielu pacjentów to przemilcza”. Pauza. Bez „ale”.
- ▶ Po walidacji pacjent obniża gardę i jest w stanie naprawdę usłyszeć Twoją odpowiedź.
- ▶ Pacjent, który czuje, że nie ma prawa do swojego zdania, wycofuje się — niezależnie od tego jak grzecznie reaguje.
- ▶ Doświadczenie wzmacnia tę pułapkę. Im dłużej w zawodzie, tym trudniej zostawić pacjenta z wypowiedzianą wątpliwością.

**CZERWONA FLAGA W ZESPOLE**

*Czy gdy pacjent wypowiada „za drogo”, Twoje pierwsze słowo to „dziękuję” czy „ale”?*

## BONUS #1 · MODEL PEWA

# 4 style zachowania pacjenta — PEWA

PEWA to autorski model 4 dominujących stylów zachowania pacjenta w gabinecie stomatologicznym. Lekarz, który rozpoznaje styl w pierwszych 90 sekundach, dostosowuje tempo, ton i kolejność informacji — i nie traci 3/4 pacjentów, których styl nie pasuje do jego własnego.

**P — PRZYJACIEL** *spokojny zaufawca*

Lojalny, niechętny do szybkich zmian. Decyzja zapada w czasie, przez budowane zaufanie. Konsultacja z cierpliwością, bez nacisku, z perspektywą wielu wizyt. NIE WYBACZA zbroi z wiedzy i emocjonalnego odciążenia.

**E — ENTUZJASTA** *relacyjny ekspresyjny*

Rozmowny, otwarty, emocjonalny. Decyzja zapada przez relację, nie przez tabelę liczb. Konsultacja z ciepłem, opowieścią, kontekstem ludzkim. NIE WYBACZA emocjonalnego odciążenia i pośpiechu.

**W — WÓDZ** *decydent zadaniowy*

Szybki, konkretny, niecierpliwy. Chce wiedzieć: ile, jak długo, kiedy zaczynamy. Konsultacja krótka, rzeczowa, z jasną sekwencją kroków. NIE WYBACZA pośpiechu lekarza i złej rozmowy.

**A — ANALITYK** *dociekliwy badacz*

Ostrożny, wymagający danych, źródeł, porównań. Decyzja po sprawdzeniu. Konsultacja z konkretnymi liczbami, dokumentacją, alternatywami. NIE WYBACZA walki o ostatnie słowo i niepełnych odpowiedzi.



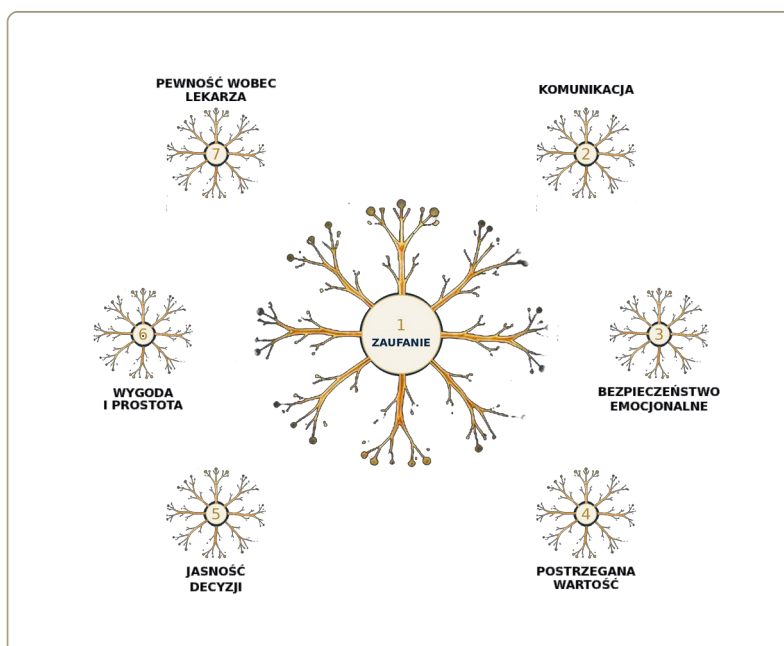


*Przerwa kawowa — uczestnicy z różnych praktyk wymieniają doświadczenia*

BONUS #2 · ROZDZIAŁY 8-14

# 7 Czynników Decyzji Pacjenta™

Cała Część II mojej książki to mapa siedmiu czynników, na których opiera się każda decyzja pacjenta o leczeniu. Każdy z 10 błędów powyżej narusza co najmniej jeden z tych czynników. Bez zaufania komunikacja jest hałasem. Bez bezpieczeństwa wartość jest sloganem.



Mandala 7 Czynników — graficzna mapa systemu DOP. W centrum: Zaufanie. Wokół: Komunikacja, Bezpieczeństwo emocjonalne, Postrzegana wartość, Jasność decyzji, Wygoda i prostota, Pewność wobec lekarza.

<b>01</b>	<p><b>ZAUFANIE</b></p> <p>Fundament, bez którego nic nie zadziała. Pacjent nie ufa Tobie z dyplomów — ufa ze SPÓJNOŚCI sygnałów. Jeden niespójny gest (telefon w trakcie konsultacji) kasuje konto zaufania.</p>
<b>02</b>	<p><b>KOMUNIKACJA</b></p> <p>Most między faktem a uczuciem. Zaufanie wpuszcza pacjenta w drzwi. Komunikacja decyduje, czy z nich wyjdzie z decyzją.</p>
<b>03</b>	<p><b>BEZPIECZEŃSTWO EMOCJONALNE</b></p> <p>Zanim pacjent zacznie rozumieć, musi poczuć, że jest bezpieczny. Ciało musi przestać nasłuchiwać zagrożenia. Dopiero wtedy uszy działają.</p>
<b>04</b>	<p><b>POSTRZEGANA WARTOŚĆ</b></p> <p>Pacjent nigdy nie ocenia ceny w oderwaniu. Ocenia wartość — stosunek tego, co dostaje, do tego, co płaci. A to, co dostaje, jest czymś innym, niż Ci się wydaje.</p>
<b>05</b>	<p><b>JASNOŚĆ DECYZJI</b></p> <p>Mapa, którą pacjent trzyma w ręku. Wartość przekonuje rozum. Jasność decyzji odblokowuje ruch. Bez niej pacjent zostaje z „muszę to przemyśleć”.</p>
<b>06</b>	<p><b>WYGODA I PROSTOTA</b></p> <p>Niska bariera wejścia w leczenie. Łatwo dojechać, łatwo umówić, łatwo zmieścić w grafiku. W 2026 ten próg jest dla wielu pacjentów wyższy niż próg ceny.</p>

07

## PEWNOŚĆ WOBEC LEKARZA

Reputacja, która wchodzi przed Tobą. Działa, zanim pacjent w ogóle Cię zobaczy — przez polecenia, opinie cyfrowe, profil w mediach.



BONUS #3 · SYSTEM DOP

# Sześć Modeli Autorskich

Pełna metodyka Doskonałej Obsługi Pacjenta to 6 modeli autorskich — narzędzi praktycznych dla zespołu. Każdy ma swój rozdział w książce „Dlaczego pacjenci mówią TAK”. Wszystkie 6 razem składają się na pełen system pracy z pacjentem od pierwszej rozmowy po długoterminową retencję.

## SZEŚĆ MODELII AUTORSKICH

Metodologia Michała Katarzyńskiego · „Dlaczego pacjenci mówią TAK”

<p><b>1</b> <b>7 CZYNNIKÓW DECYZJI PACJENTA™</b></p> <p>Mapa siedmiu wymiarów akceptacji planu leczenia</p> <p><i>Część II - Rozdziały 8-14</i></p>	<p><b>2</b> <b>MODEL GOTOWOŚCI PACJENTA™ (M1-M4)</b></p> <p>Cztery stany wewnętrzne pacjenta w konsultacji</p> <p><i>Rozdział 6</i></p>	<p><b>3</b> <b>MODEL 3xP™</b></p> <p>Pozytywy / Problemy / Plan</p> <p>Metodyka prezentacji diagnozy pacjentowi</p> <p><i>Rozdział 2 / 16</i></p>
<p><b>4</b> <b>MODEL 7 STAR™</b></p> <p>Siedem elementów planu</p> <p>Plan / SEXY cel / Autorytet Kroki / Wizualizacja / Czas / Kwota</p> <p><i>Rozdział 11</i></p>	<p><b>5</b> <b>PROTOKÓŁ 4xA™</b></p> <p>Akceptuj - Angażuj - Aktualizuj - Aktywizuj</p> <p>Reakcja na obiekcje pacjenta („muszę się zastanowić”)</p> <p><i>Rozdział 1 + 18</i></p>	<p><b>6</b> <b>MODEL E.G.O.™</b> <span style="background-color: #FFD700; padding: 2px;">NOWY</span></p> <p>Empatia - Granice - Oczekiwanie</p> <p>Reakcja zespołu w trudnej sytuacji z pacjentem</p> <p><i>Rozdział 22 + Workbook 6</i></p>

*\*Sześć modeli to nie sześć osobnych narzędzi.\**

*\*To sześć wymiarów jednej praktyki —\**

***\*która traktuje wymiar emocjonalny pacjenta równie poważnie, jak kliniczny.\****

© Michał Katarzyński, 2025 · Wszystkie modele są chronione prawem autorskim

*Sześć modeli to nie sześć osobnych narzędzi. To sześć wymiarów jednej praktyki — która traktuje wymiar emocjonalny pacjenta równie poważnie, jak kliniczny.*

## BONUS #4 · SELF-AUDIT

# Checklista — wydrukuj i powieś

Wydrukuj A4, powieś w pokoju zespołu. Raz w tygodniu (np. poniedziałek 8:30) zaznaczcie wspólnie ✓. Punkty bez ✓ → wybierzcie ten z największym wpływem i wdrażajcie 1 zmianę tygodniowo.

- Reguła 90 sekund — każda pierwsza konsultacja zaczyna się pytaniem otwartym + 1,5 min ciszy ze strony lekarza.
- Pierwsze 10 minut konsultacji prowadzone PRZY BIURKU, bez rękawiczek, bez maseczki.
- Pierwsze pytanie do pacjenta to PYTANIE O CZŁOWIEKA, nie o ząb („Jak się Pan czuje przed wizytą?”).
- Zegarek poza zasięgiem wzroku w trakcie konsultacji. Asystentka pilnuje czasu.
- Każda obiekcja pacjenta walidowana PRZED argumentem („Dobrze, że Pan to mówi” + pauza).
- Cena planu wypowiedziana pełnym zdaniem, patrząc pacjentowi w oczy. Bez „yyy”, „no”, „to znaczy”.
- Pierwsze konsultacje min. 40 minut. Brak skracania „bo grafik”.
- Pięciominutowa pauza między konsultacjami.
- Cztery dominujące style zachowania znane wszystkim w zespole.
- Zakaz komentarzy o pacjentach w korytarzu, recepcji, przy uchylonych drzwiach.
- Recepcja zna 3 warianty cenowe planu — odpowiada bez „muszę spytać doktora”.
- Codzienne 5-min stand-up rano: jacy pacjenci dziś, jakie plany, kto co mówi.
- Wspólny słownik zespołu: te same słowa na te same zabiegi przez wszystkie role.
- Świadome ostatnie 5 minut konsultacji: pytanie otwarte, milczenie, spokojne zamknięcie.
- Co kwartał audyt konsultacji — co najmniej 3 obserwowane przez kolegę z notatkami.





Praca grupowa na kursie zarządzania — case study z prawdziwych praktyk

CO DALEJ · 3 ŚCIEŻKI

## Wdrażamy razem?

Te 10 błędów można naprawić samodzielnie — i wiele praktyk to robi. Ale jeśli widzisz, że standard żyje 60 dni i wraca do starego, jeśli zespół zaczyna się rozsypywać, jeśli wolisz przyspieszyć — masz 3 ścieżki ze mną.

ŚCIEŻKA 1 · ONLINE · 8 990 ZŁ / ROK

### Akademia Rentownej Praktyki

12 kursów video + cotygodniowe konsultacje live ze mną. 30+ godzin treści, 12 m-cy dostępu. Najszybsza droga, najniższa cena.

[doskonalaobslugapacjenta.pl/#akademia](https://doskonalaobslugapacjenta.pl/#akademia)

ŚCIEŻKA 2 · STACJONARNE · OD 1 690 ZŁ / OS.

### Kursy otwarte w Warszawie

Kurs Zarządzania Praktyką (2 dni) · Doskonała Konsultacja · Plan Leczenia · Rejestracja Ninja. Mała grupa max 16 osób, 70% ćwiczeń.

[doskonalaobslugapacjenta.pl/#kalendarz](https://doskonalaobslugapacjenta.pl/#kalendarz)

ŚCIEŻKA 3 · 1-ON-1 · BEZPŁATNE 15 MIN

## Porozmawiajmy 15 minut

Nie wiesz, którą ścieżką iść? Opowiedz o swojej praktyce, wskażę najlepszą drogę.  
Bezpłatnie, bez zobowiązań. Tylko Ty i ja.

[doskonalaobslugapacjenta.pl/#audyt-doradczy](https://doskonalaobslugapacjenta.pl/#audyt-doradczy)

*Pacjenci nie mówią TAK, bo masz dobry plan.*

***Mówią TAK, bo dali Ci na to przestrzeń.***

— Michał Katarzyński