

ANKIETA
„Satysfakcja Pacjenta”

Pragniemy podwyższyć jakość naszych usług, eliminować najmniejsze niedociągnięcia, wprowadzić właściwe zmiany. W tym celu zbieramy pozytywne jak i negatywne opinie pacjentów odnośnie naszej opieki. Pragniemy poznać, co według opinii Państwa jest dobre, a co wymaga poprawy.

Mają Państwo prawo odmówić udziału w naszym badaniu.

Formularz zawiera jedynie 14 pytań, a czas wypełnienia zajmie kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna. Dziękujemy.

Odpowiadając na poniższe pytania proszę wstawić znak „X” do odpowiedniej kratki obok wybranej odpowiedzi.

I. IZBA PRZYJĘĆ

1. Jak ocenia Pan/Pani warunki panujące w Izbie Przyjęć

Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle

2. Jak ocenia Pan/Pani troskę i zainteresowanie jakie okazano Panu/Pani w Izbie Przyjęć

Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle

3. Jak oceniasz sprawność procesu przyjęcia do Szpitala?

Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle

II. POBYT W ODDZIALE SZPITALNYM/ZOL

4. Jak ocenia Pan/Pani czystość na sali chorych

Bardzo czysto Czysto Przeciętnie Brudno Bardzo brudno

5. Jak ocenia Pan/Pani jakość posiłków oferowanych przez Szpital

Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle

6. Czy miał/a Pan/Pani dostęp do telefonu

Tak Nie

7. Czy rodzina lub bliskie osoby mogły Pana/Panią odwiedzać

Tak Nie

8. Jak oceniasz opiekę/zaangażowanie personelu medycznego pielęgniarskiego?

Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle

9. Jak oceniasz opiekę/zaangażowanie personelu medycznego lekarskiego?

Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle

10. Jak oceniasz opiekę/zaangażowanie pozostałego personelu medycznego?

Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle



ANKIETA
„Satysfakcja Pacjenta”

11. Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia i procesu leczenia podczas procesu leczenia?

Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle

12. Jak oceniasz zrozumiałość informacji przekazywanych przez personel medyczny dotyczących zaleceń lekarskich i dalszego procesu leczenia po opuszczeniu szpitala?

Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle

13. Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?

Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle

14. Proszę zaznaczyć oddział, na którym Pan/i przebywał/a

Oddział Chorób Wewnętrznych Zakład Opiekuńczo-Lecznicy

Prosimy o wypełnienie poniższej metryczki, zaznaczając symbolem „x” właściwe pole:

PŁEĆ: K M

WIEK: do 25 lat od 26 do 30 od 31 do 40 powyżej 41lat

WYKSZTAŁCENIE: podstawowe średnie wyższe

Prosimy o sprawdzenie, czy ustosunkowała się Pani/Pan do wszystkich pytań w powyższej tabeli.

Wypełnioną ANKIETĘ prosimy wrzucić do Skrzynki „Ankieta satysfakcji pacjenta”, która znajduje się przy dyżurkach pielęgniarskich.

Dziękujemy za udział w naszym badaniu.