

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszego szpitala. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.



Skala: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Data:

O01: Oddział (właściwe zakreślić)

Kardiologiczny Internistyczny Pediatrii, Otyłości Dziecięcej i Chorób Metabolicznych Kości

O02: Płeć pacjenta

Kobieta Mężczyzna

O03: Wiek pacjenta

Poniżej 18 lat 18 – 39 lat 40 – 59 lat 60 – 79 lat 80 lat i więcej

A01: Jak oceniasz sprawność procesu przyjęcia do szpitala?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

B01: Jak oceniasz uwzględnianie przez personel medyczny Twojego zdania w procesie leczenia?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

B02: Jak oceniasz opiekę/ zaangażowanie personelu medycznego?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

B03: Jak oceniasz próby zmniejszenia bólu poprzez podanie leków? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

C01: Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia i procesu leczenia podczas pobytu w szpitalu?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

C02: Jak oceniasz zrozumiałość informacji przekazanych przez personel medyczny dotyczących zaleceń po opuszczeniu szpitala?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

D01: Jak oceniasz czystość w salach, na korytarzach, w łazienkach?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

E01: Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

F01: Jak jest prawdopodobieństwo, że polecisz ten szpital znajomym lub rodzinie?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

G06: Uwagi/ pozytywne spostrzeżenia pacjenta w trakcie hospitalizacji:

.....
.....
.....
.....

- OBSZAR ŻYWIENIA -

G01: Jak oceniasz wyżywienie w szpitalu?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

G02: Czy serwowane posiłki posiadały wystarczającą dla Pani/ Pana temperaturę?

TAK NIE

G03: Jak ocenia Pani/ Pana estetykę podania posiłku?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

G04: Czy na oddziale zapewniono Pani/ Panu możliwość przyrządzenia gorących napojów (dostępność do czajnika elektrycznego)?

TAK NIE

G05: Czy na oddziale zapewniono Pani/ Panu odpowiednie warunki do przechowywania żywności (dostępność lodówki)?

TAK NIE

G06: Uwagi pacjenta w zakresie żywienia:

.....
.....
.....

Serdecznie dziękujemy za wypełnienie ankiety!