

# Ankieta satysfakcji pacjenta



UWAGA:

Znajdujące się przy pytaniu cyfry, oznaczają:

- 1 – poziom niezadowolający, ocena niska,
- 2 – poziom przeciętny, ocena dostateczna,
- 3 – poziom zadowolający, ocena dobra,
- 4 – poziom wysoki, ocena bardzo dobra

ANKIETĘ WYPEŁNIA :  PACJENT  OPIEKUN

Nazwa ocenianego Oddziału

data: ...../...../2019

1. W jaki sposób Pani/Pan dostał(a) się do Szpitala ?	<input type="checkbox"/> Karetką pogotowia <input type="checkbox"/> Transportem własnym
2. Czy jest to Pani/Pana pierwszy pobyt w naszym szpitalu ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>I PRZYJĘCIE DO SZPITALA. (Jak Pani/Pan ocenia?)</b>	
1. Sprawność załatwiania formalności związanych z przyjęciem do szpitala	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>II PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU. (Jak Pani/Pan ocenia?)</b>	
1. Przyjęcie do Oddziału, zapoznanie z Oddziałem (informacje o pokoju lekarskim, pielęgniarskim, plan dnia, odwiedzinach, itp.).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>III WARUNKI LOKALOWE. (Jak Pani/Pan ocenia?)</b>	
1. Czystość pomieszczeń w Oddziale	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2. Oznakowanie/opisanie pomieszczeń. Czytelność informacji	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>IV DIETA, POSIŁKI (jakość) (Jak Pani/Pan ocenia?)</b>	
1. Pory podawania posiłków. Regularność.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2. Temperaturę posiłków, wrażenia smakowe	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3. Jakość podawanych posiłków (smak, ilość, urozmaicenie) wraz z uwzględnieniem zalecanej diety.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
4. Możliwość uzyskania pomocy od personelu przy spożywaniu posiłków	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>V PIELĘGNIARKI. (Jak Pani/Pan ocenia?)</b>	
1. Pomoc pielęgniarek w przygotowywaniu do zabiegów i wizyty lekarskiej oraz w czynnościach pielęgnacyjnych.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2. Uprzejmość, życzliwość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania pacjentem	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3. Dostępność personelu pielęgniarskiego w Oddziale oraz szybkość reagowania na prośby, wezwanie.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>VI LEKARZE. (Jak Pani/Pan ocenia?)</b>	
1. Dostępność lekarzy w Oddziale.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2. Uprzejmość, życzliwość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania pacjentem.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3. Udzielanie informacji na temat przebiegu choroby i sposobu leczenia.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
4. Zachowania intymności podczas badań lekarskich.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
5. Przekazywanie wskazówek dotyczących postępowania po wyjściu ze szpitala.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>VII PRAWA PACJENTA.</b>	
1. Czy zapoznał(a) się Pani/Pan z Prawami pacjenta ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2. Czy w sposób zrozumiały poinformowano Panią / Pana o stanie zdrowia, proponowanym leczeniu i o ewentualnym ryzyku leczenia ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

**VIII SAMOPOCZUCIE PODCZAS POBYTU W SZPITALU.**

(Jak Pani/Pan ocenia?)

- |                                      |                                                                                                             |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Zaufanie do personelu medycznego. | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| 2. Stopień poczucia bezpieczeństwa.  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| 3. Ciszę i spokój w Oddziale.        | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |

**IX OCENA OGÓLNA.**

(Jak Pani/Pan ogólnie ocenia pobyt w szpitalu ? )

 1  2  3  4**X Czy poleciłaby Pani/Pan znajomym nasz szpital ?** Tak  Nie Nie mam zdania

Dodatkowe uwagi i sugestie (prosimy podać adres e-mail lub numer telefonu kontaktowego w przypadku chęci otrzymania kontaktu zwrotnego)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....