

SZANOWNI PAŃSTWO!

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie anonimowej ankiety, której celem jest poznanie Państwa opinii na temat opieki medycznej oraz warunków pobytu w naszym Szpitalu. Państwa odpowiedzi i uwagi będą szczegółowo analizowane. Na ich podstawie będziemy starali się podnieść jakość oferowanych przez nas usług.

Dziękujemy- Dyrekcja Szpitala

1. ODDZIAŁ, w którym Pan(i) był(a) hospitalizowany(na)Data.....

2. PRZYJĘCIE DO SZPITALA

| | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Czas oczekiwania w Szpitalnym Oddziale Ratownym/Izbie Przyjęć | do 1 godziny <input type="radio"/> | do 3 godzin <input type="radio"/> | powyżej 3 godzin <input type="radio"/> |
| CZY OTRZYMAŁ PAN(I) PRZEWODNIK DLA PACJENTA? | TAK <input type="radio"/> | NIE <input type="radio"/> | |
| CZY PERSONEL ZAPOZNAŁ PANA/PANIĄ: | TAK | NIE | |
| z Prawami Pacjenta? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| z topografią Oddziału? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

3. OPIEKA LEKARSKA

| | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| JAK PAN(I) OCENIA? | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle |
| uprzejmość i życzliwość lekarzy w oddziale? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| przekazanie informacji na temat proponowanego leczenia / stanu zdrowia / wyników badań? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| dostępność do lekarzy w Oddziale? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| poszanowanie prywatności podczas badań lekarskich? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA

| | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| JAK PAN(I) OCENIA? | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle | Nie korzystałem/łam |
| uprzejmość i życzliwość pielęgniarek w Oddziale? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| szybkość reagowania pielęgniarek na wezwanie pacjenta? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| poszanowanie prywatności podczas zabiegów pielęgnarskich? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. DIETA I POSIŁKI

| | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| | TAK | NIE | Nie korzystałem/łam |
| czy otrzymał(a) Pan/i informacje na temat diety od dietetyczki? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

JAK PAN(I) OCENIA POSIŁKI POD WZGLĘDEM?

| | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| smaku potraw? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| różnorodności potraw? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| temperatury posiłków? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. WARUNKI PANUJĄCE W ODDZIALE

| JAK PAN(I) OCENIA? | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| czystość sal chorych? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| czystość łazienek i toalet? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| czystość pościeli szpitalnej? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| możliwość odwiedzin? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| możliwość korzystania z usług duszpasterskich? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

7. Czy w razie konieczności poleciliby Pani/poleciliby Pan nasz Oddział swojej rodzinie, bliskim, znajomym?

Tak Nie Nie mam zdania

OPINIE/UWAGI

Jeżeli w trakcie pobytu w Oddziale zetknęła się Pani / zetknął się Pan z zagadnieniami, sytuacjami pozytywnymi lub negatywnymi nie ujętymi w ankiecie **bardzo prosimy o pisemną informację w tym miejscu:**

lub telefonicznie: Dział Jakości i Certyfikacji tel. 42 67 76 823; 42 67 76 894

METRYCZKA DLA PACJENTA

| Płeć | Wiek | Wykształcenie | Miejsce zamieszkania |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Kobieta | <input type="radio"/> do 25 lat | <input type="radio"/> podstawowe | <input type="radio"/> wieś |
| <input type="radio"/> Mężczyzna | <input type="radio"/> 26-39 lat | <input type="radio"/> zawodowe | <input type="radio"/> miasto (do 50 tys. mieszkańców) |
| | <input type="radio"/> 40-59 lat | <input type="radio"/> średnie | <input type="radio"/> miasto (powyżej 50 tys. mieszkańców) |
| | <input type="radio"/> 60-79 lat | <input type="radio"/> wyższe | |
| | <input type="radio"/> 80 i powyżej | | |