



Ankieta badania opinii i doświadczeń pacjenta dla opieki długoterminowej

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Formularz zawiera 18 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.

NASZA SKALA:

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo Dobrze

Aktualne miejsce Pana/Pani pobytu:

.....

A00: Jakie cechy najlepiej opisują opiekę w naszej placówce? (można wybrać kilka odpowiedzi)

☐ szacunek personelu	☐ staranność o moją czystość i higienę
☐ spokój personelu	☐ cierpliwość personelu
☐ wrażliwość personelu	☐ uśmiech personelu
☐ życzliwość personelu	☐ brak wulgarności
☐ dobroć personelu	☐ dbałość o innych

A01: Jak ocenia Pan/Pani sposób zaopiekowania nad Panem/Panią?

Bardzo źle 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Bardzo dobrze

B01: Jak ocenia Pan/Pani uwzględnianie przez personel medyczny Pana/Pani zdania w procesie opieki?

Bardzo źle 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Bardzo dobrze

B02: Jak ocenia Pan/Pani opiekę/zaangażowanie personelu naszej placówki?

Bardzo źle 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Bardzo dobrze

B03: Jak ocenia Pan/Pani starania personelu w zakresie zmniejszania bólu?

Bardzo źle 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Bardzo dobrze
(pomiń jeśli nie dotyczy)

C01: Jak ocenia Pan/Pani dbałość personelu o Pana/Pani stan zdrowia?

Bardzo źle 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Bardzo dobrze

C02: Jak ocenia Pan/Pani warunki pobytu w naszej placówce?

Bardzo źle 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Bardzo dobrze

C03: Jak ocenia Pan/Pani stosowanie przez personel udogodnień takich jak wanna do kąpieli / podnośnik i inne?

Bardzo źle

0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

Bardzo dobrze

(pomiń jeśli nie dotyczy)

D01: Jak ocenia Pan/Pani wyżywienie w naszej placówce?

Bardzo źle

0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

Bardzo dobrze

D02: Jak ocenia Pan/Pani czystość w naszej placówce?

Bardzo źle

0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

Bardzo dobrze

D03: Jak ocenia Pan/Pani zorganizowanie w naszej placówce czasu wolnego?

Bardzo źle

0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

Bardzo dobrze

E01: Jak ocenia Pan/Pani wrażliwość naszego personelu na Pana/Pani indywidualne potrzeby?

Bardzo źle

0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

Bardzo dobrze

F01: Czy poleciliby Państwo naszą placówkę znajomym lub rodzinie?

Zdecydowanie
NIE POLECAM

0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

Zdecydowanie
POLECAM

G01: Płeć pacjenta:

Kobieta

☐

Mężczyzna

☐

G02: Wiek pacjenta:

Poniżej 18 lat

☐

18-39 lat

☐

40 -59 lat

☐

60 -79 lat

☐

80 lat i więcej

☐

U01: Co Pana/Pani zdaniem działa najlepiej w naszej placówce?

.....

.....

.....

.....

.....

U02: Czy jest coś, co moglibyśmy poprawić

.....

.....

.....

.....