



Ankieta badania opinii i doświadczeń pacjenta dla szpitala - pobyt 1

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki.

Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszego szpitala. Formularz zawiera jedynie 13 pytań, a czas wypełnienia zajmie 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

O01: Oddział, z którego zostałeś/eś wypisany ze szpitala

.....
.....

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 zmniejszania bólu poprzez podanie leków?

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

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 lekarskich i dalszego procesu leczenia po opuszczeniu szpitala?

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

D01: Jak oceniasz wyżywienie w szpitalu?

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

D02: 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: Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz ten szpital 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: UWAGI:

[illegible]