

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

ODDZIAŁY STACJONARNE

W związku z funkcjonowaniem w naszej placówce Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością oraz chęcią dokładniejszego poznania Państwa potrzeb i oczekiwań, zwracamy się z prośbą o wypełnienie niniejszego kwestionariusza. Informacje, które uzyskamy dzięki tej ankiecie, pozwolą nam doskonalić standardy świadczonych przez nas usług i zwiększyć Państwa satysfakcję.

Ankieta jest anonimowa. Odpowiadając na poniższe pytania należy zaznaczyć X w kratce obok wybranej odpowiedzi w skali dziesięcino stopniowej, gdzie 1 – bardzo źle, 10 - bardzo dobrze

1. Jak ocenia Pan(i) dostępność do rejestracji telefonicznej?

BARDZO ŹLE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

2. Jak ocenia Pan(i) uprzejmość osoby rejestrującej?

BARDZO ŹLE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

3. Jak Pan(i) ocenia sprawność procesu przyjęcia do szpitala?

BARDZO ŹLE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

4. Jak ocenia Pan(i) uwzględnienie przez personel medyczny Twojego zdania w procesie leczenia?

BARDZO ŹLE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

5. Jak ocenia Pan(i) zaangażowanie lekarzy w opiekę nad pacjentem?

BARDZO ŹLE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

6. Jak ocenia Pan(i) próby zmniejszenia bólu poprzez podanie leków?

BARDZO ŹLE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

7. Jak ocenia Pan(i) zaangażowanie pielęgniarek w opiekę nad pacjentem?

BARDZO ŹLE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

8. Jak ocenia Pan(i) zaangażowanie fizjoterapeutów w procesie rehabilitacji?

BARDZO ŹLE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

9. Jak ocenia Pan(i) jakość i zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia oraz procesu leczenia i rehabilitacji (na czym polega procedura, informacja o skutkach, prawie pacjenta do odmowy)?

BARDZO ŹLE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

10. Jak ocenia Pan(i) zrozumiałość przekazywanych informacji przekazanych przez personel medyczny dotyczących zaleceń lekarskich i dalszego procesu leczenia podczas wypisu w oddziale?

BARDZO ŹŁE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

11. Jak ocenia Pani/Pan czystość sal, łazienek, korytarzy w oddziale?

BARDZO ŹŁE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

12. Jak ocenia Pani/Pan żywienie w szpitalu?

BARDZO ŹŁE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

13. Jak ocenia Pan(i) respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?

BARDZO ŹŁE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DOBRZE

14. Jakie jest prawdopodobieństwo że wróciłby/wróciłaby Pan/Pani do naszego szpitala, jeżeli zaistniałaby potrzeba ponownej hospitalizacji?

BARDZO MAŁE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DUŻE

15. Proszę określić Pana/Pani poziom satysfakcji z pobytu w naszym Ośrodku?

BARDZO MAŁE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DUŻE

16. Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz nasz Ośrodek znajomym/rodzinie?

BARDZO MAŁE ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10 BARDZO DUŻE

Pani/Pana uwagi i sugestie.

.....

.....

.....

.....

Płeć: kobieta ☐ mężczyzna ☐

Wiek pacjenta: ☐ 18 - 39 lat, ☐ 40 - 59 lat, ☐ 60 - 79 lat, ☐ 80 lat i powyżej

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.