

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

PRZEBYWAJĄCEGO W ODDZIALE STACJONARNYM

W związku z funkcjonowaniem w naszej placówce systemu zarządzania jakością zgodnego z międzynarodową normą PN-EN ISO 9001, a także 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.

1. Jak dowiedział/a się Pan/Pani o naszym Ośrodku?
 INTERNET
 REKLAMA
 OD INNYCH OSÓB
 OD LEKARZA
2. Jak ocenia Pan/Pani dostępność do rejestracji?
 BARDZO DOBRZE
 PRZECIĘTNIE
 BARDZO ŹLE
 DOBRZE
 ŹLE
3. Z jakiej formy rejestracji Pan/Pani skorzystał/a przy rejestracji do Poradni w naszym Ośrodku?
 E-REJESTRACJA
 FORMULARZ ZE STRONY INTERETOWEJ
 KONTAKT BEZPOŚREDNI
4. Jak ocenia Pan/Pani uprzejmość osoby rejestrującej?
 BARDZO UPRZEJMA
 RACZEJ UPRZEJMA
 BARDZO NIEUPRZEJMA
 UPRZEJMA
 NIEUPRZEJMA
5. Jak Pan/Pani ocenia szybkość załatwienia formalności przed przyjęciem?
 BARDZO DOBRZE
 PRZECIĘTNIE
 BARDZO ŹLE
 DOBRZE
 ŹLE
6. Jak ocenia Pan/Pani poziom informacji przekazywanej przez pracownika recepcji?
Czy informacja była wyczerpująca i uzyskał Pan/Pani odpowiedź na zadane pytania?
 BARDZO DOBRZE
 PRZECIĘTNIE
 BARDZO ŹLE
 DOBRZE
 ŹLE
7. Proszę ocenić warunki panujące w poczekalni (miejsce do siedzenia, czystość)?
 BARDZO DOBRE
 PRZECIĘTNE
 BARDZO ZŁE
 DOBRE
 ZŁE
8. Jak długo przed przyjęciem na oddział czekał/a Pan/Pani na wizytę u lekarza przed gabinetem lekarskim?
 15 min
 60 min
 30 min
 powyżej 60 min
9. Czy pielęgniarki opiekujące się Panem/Panią poświęcały Panu/Pani wystarczającą ilość czasu?
 TAK
 NIE
10. Czy pielęgniarki opiekujące się Panem/Panią w czasie hospitalizacji były cierpliwe, uprzejme wobec Pana/Pani?
 TAK
 NIE
11. Czy pielęgniarki opiekujące się Panem/Panią w czasie hospitalizacji reagowały szybko na Pana/Pani potrzeby?
 TAK
 NIE
12. Czy wykonywane przez fizjoterapeutów zabiegi poprawiły Pana/Pani sprawność?
 TAK
 NIE

13. Jak ocenia Pan/Pani zaangażowanie fizjoterapeutów w wykonywane zabiegi?
- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BARDZO DOBRZE | <input type="checkbox"/> DOBRZE |
| <input type="checkbox"/> PRZECIĘTNIE | <input type="checkbox"/> ŹLE |
| <input type="checkbox"/> BARDZO ŹLE | |
14. Jaki jest Pana/Pani zdaniem stosunek fizjoterapeuty do Pacjentów?
- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BARDZO DOBRY | <input type="checkbox"/> DOBRY |
| <input type="checkbox"/> PRZECIĘTNY | <input type="checkbox"/> ZŁY |
| <input type="checkbox"/> BARDZO ZŁY | |
15. Czy fizjoterapeuci wykonywali zabiegi zgodnie z określonym harmonogramem i w ustalonym czasie?
- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK ZAWSZE | <input type="checkbox"/> ZAZWYCZAJ |
| <input type="checkbox"/> RZADKO | <input type="checkbox"/> NIGDY |
16. Jak ocenia Pan/Pani jakość informacji na temat wykonywanych czynności (na czym polega procedura, informacja o skutkach, prawie Pacjenta do odmowy)?
- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BARDZO DOBRZE | <input type="checkbox"/> DOBRZE |
| <input type="checkbox"/> PRZECIĘTNIE | <input type="checkbox"/> ŹLE |
| <input type="checkbox"/> BARDZO ŹLE | |
17. Czy w sposób zrozumiały i jasny, podczas hospitalizacji, lekarz przekazywał informacje o Pana/Pani stanie zdrowia?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|------------------------------|------------------------------|
18. Czy była dostępność do lekarzy w godzinach popołudniowych i nocnych?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|------------------------------|------------------------------|
19. Jaki jest Pan/Pana zdaniem stosunek lekarza do Pacjentów?
- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BARDZO DOBRY | <input type="checkbox"/> DOBRY |
| <input type="checkbox"/> PRZECIĘTNY | <input type="checkbox"/> ZŁY |
| <input type="checkbox"/> BARDZO ZŁY | |
20. Jak ocenia Pana/Pani czystość sal w Oddziale?
- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BARDZO DOBRA | <input type="checkbox"/> DOBRA |
| <input type="checkbox"/> PRZECIĘTNA | <input type="checkbox"/> ZŁA |
| <input type="checkbox"/> BARDZO ZŁA | |
21. Jak ocenia Pan/Pani jakość żywienia w szpitalu?
- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BARDZO DOBRA | <input type="checkbox"/> DOBRA |
| <input type="checkbox"/> PRZECIĘTNA | <input type="checkbox"/> ZŁA |
| <input type="checkbox"/> BARDZO ZŁA | |
22. Jak ocenia Pan/Pani temperaturę wydawanych posiłków?
- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BARDZO DOBRA | <input type="checkbox"/> DOBRA |
| <input type="checkbox"/> ZŁA | <input type="checkbox"/> BARDZO ZŁA |
23. Jak ocenia Pan/Pani sposób podawania posiłków?
- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BARDZO DOBRY | <input type="checkbox"/> DOBRY |
| <input type="checkbox"/> ZŁY | <input type="checkbox"/> BARDZO ZŁY |
24. Czy objaśniono Panu/Pani przed wypisem do domu zalecenia jak przyjmować leki, jak wykupić receptę, gdzie i kiedy realizować skierowanie?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|------------------------------|------------------------------|
25. Czy wróciłby/wróciłaby Pan/Pani do naszego Ośrodka, jeżeli zaistniałaby potrzeba ponownej hospitalizacji?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|------------------------------|------------------------------|
26. Proszę określić Pana/Pani poziom satysfakcji z pobytu w szpitalu:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> JESTEM BARDZO ZADOWOLONY/A | <input type="checkbox"/> JESTEM ZADOWOLONY/A |
| <input type="checkbox"/> JESTEM NIEZADOWOLONY/A | <input type="checkbox"/> NIE MAM OPINII |
| <input type="checkbox"/> JESTEM BARDZO NIEZADOWOLONY/A | |

27. Czy poleci Pan/Pani znajomemu/znajomej nasz Ośrodek?

TAK

NIE

28. Pani/Pana uwagi i sugestie.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.