

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTÓW

BADANIE POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTÓW Z ODDZIAŁÓW
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
W MIŃSKU MAZOWIECKIM.

Szanowna Pani, Szanowny Panie.

Dyrekcja SPZOZ w Mińsku Mazowieckim pragnie poznać Państwa opinię na temat oferowanych usług medycznych w poszczególnych oddziałach. Informacje, które zyskamy będą służyć korygowaniu niedociągnięć i wyjściu naprzeciw Państwa oczekiwaniom i potrzebom. Zapraszamy do wypełnienia anonimowej ankiety.

Spośród podanych niżej odpowiedzi, prosimy o zakreślenie jednej, zgodnej z Pani/Pana odczuciami. Będziemy niezmiernie wdzięczni za wszelkie uwagi pozostawione w wyznaczonych do tego miejscach.

METRYCZKA PACJENTA

Oddział, w którym Pani/Pan przebywa.....

Długość pobytu w oddziale w dniach.....

Płeć kobieta mężczyzna

Wiek <18 18-40 41-65 >65

1. PRZYJĘCIE DO SZPITALA

Jak Pan/Pani ocenia?	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Łatwość dostania się do szpitala (komunikacja, podjazdy)					
Czas oczekiwania w Izbie Przyjęć					
Uprzejmość personelu Izby Przyjęć					
Prosimy o uwagi					

2. WARUNKI LOKALOWE

Jak Pan/Pani ocenia?	Bardzo dobrze	Dobrze	Przecięt nie	Źle	Bardzo źle
Czystość pomieszczeń oddziału					
Oznakowanie pomieszczeń					
Wyposażenie sal					
Prosimy o uwagi					

2. WYŻYWIENIE

Jak Pan/Pani ocenia?	Bardzo dobrze	Dobrze	Przecięt nie	Źle	Bardzo źle
Jakość posiłków					
Ilość posiłków					
Temperatura posiłków					
Ewentualna pomoc przy spożywaniu posiłków					
Prosimy o uwagi					

3. OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA

Jak Pan/Pani ocenia?	Bardzo dobrze	Dobrze	Przecięt nie	Źle	Bardzo źle
Możliwość identyfikacji personelu					
Przestrzeganie Praw Pacjenta					
Uprzejmość pielęgniarek (troska o pacjenta, wyczerpujący i zrozumiały sposób przekazywania informacji)					
Fachowość i sprawność przy wykonywaniu badań i zabiegów					
Prosimy o uwagi					

4. OPIEKA LEKARSKA

Jak Pan/Pani ocenia?	Bardzo dobrze	Dobrze	Przecięt nie	Źle	Bardzo źle
Możliwość identyfikacji personelu					
Uprzejmość lekarzy (troska o pacjenta, wyczerpujący i zrozumiały sposób przekazywania informacji)					
Poziom i fachowość pomocy lekarskiej					
Dostępność lekarza prowadzącego i dyżurnego					
Prosimy o uwagi					

5. SAMOPOCZUCIE PACJENTA W TRAKCIE POBYTU W SZPITALU

Jak Pan/Pani ocenia?	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Stopień poczucia bezpieczeństwa i zaufanie do metod leczenia					
Dogodność pory odwiedzin					
Współpraca personelu z rodziną/opiekunem (przekazywanie informacji, wsparcie, edukacja)					
Możliwość kontaktu z duszpasterzem					
Prosimy o uwagi					

6. OGÓLNA OCENA SZPITALA

a) Jak Pani/Pan ocenia usługi świadczone w naszej placówce

Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle

b) Czy polecił(a)by Pani/Pan nasz szpital rodzinie, znajomym

Tak Nie

Jeżeli w trakcie pobytu zetknęła się Pani/Pan z zagadnieniami/sytuacjami nieuwjętymi w ankiecie prosimy o pisemne uwagi.