

## ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszego szpitala. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.

Oddział, z którego zostałeś/eś wypisany ze szpitala **METRYCZKA:**

..... Płeć:  Kobieta  Mężczyzna

Wiek:  18-40 lat  40-70 lat  70 lat i więcej

**1: Jak oceniasz sprawność procesu przyjęcia do szpitala?**

Bardzo źle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bardzo dobrze
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**2: Jak oceniasz uwzględnianie przez personel medyczny Twojego zdania w procesie leczenia?**

Bardzo źle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bardzo dobrze
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**3: Jak oceniasz opiekę/zaangażowanie personelu medycznego?**

Bardzo źle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bardzo dobrze
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**4: Jak oceniasz próby zmniejszania bólu poprzez podanie leków? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)**

Bardzo źle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bardzo dobrze
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**5: Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia i procesu leczenia podczas pobytu w szpitalu?**

Bardzo źle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bardzo dobrze
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**6: Jak oceniasz zrozumiałość informacji przekazanych przez personel medyczny dotyczących zaleceń lekarskich i dalszego procesu leczenia po opuszczeniu szpitala?**

Bardzo źle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bardzo dobrze
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**7: Jak oceniasz wyżywienie w szpitalu? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)**

Bardzo źle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bardzo dobrze
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**8: Jak oceniasz czystość w salach, na korytarzach, w łazienkach?**

Bardzo źle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bardzo dobrze
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**9: Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?**

Bardzo źle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bardzo dobrze
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**10: Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz ten szpital znajomym lub rodzinie?**

Bardzo źle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bardzo dobrze
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Uwagi: .....

.....

.....