

Ankieta satysfakcji Pacjenta

SZANOWNI PAŃSTWO!

Zwracam się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie anonimowej ankiety, której zawartość ma służyć ocenie zadowolenia z leczenia i opieki szpitalnej, z której Państwo korzystają. Wyniki pozwolą nam ocenić poziom świadczeń medycznych udzielanych w naszej placówce, będą cenną wskazówką, które obszary działalności szpitala powinny ulec poprawie. Dziękuję – Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości i Bezpieczeństwa Informacji.

Czy został/a Pan/i przyjęty/a

- Wizyta planowa
- Przyjęcie nagłe

Jaki był czas oczekiwania Pana/Pani na załatwienie formalności w Izbie Przyjęć?

- Do 10 minut
- Od 11 do 20 minut
- Od 21 do 60 minut

Proszę określić jak długo oczekiwał/ła Pan/Pani na przybycie lekarza do Izby Przyjęć?

- Do 10 minut
- Od 11 do 20 minut
- Od 21 do 60 minut

Czy w Izbie Przyjęć przekazano Panu/Pani wystarczającą ilość informacji na temat przyjęcia do szpitala?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

Czy pielęgniarki z oddziału były zawsze życzliwe w stosunku do Pana/Pani Rodziny?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

Czy zachowano wobec Pana/Pani poczucie godności, intymności podczas wykonywania czynności lekarskich

- Tak
- Nie

Czy zachowano wobec Pana/Pani poczucie godności, intymności podczas wykonywania czynności pielęgniarskich

- Tak
- Nie

Czy podczas hospitalizacji lekarz przekazywał informacje o Pana/Pani stanie zdrowia w sposób zrozumiały i jasny?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

Czy podczas hospitalizacji lekarz reagował szybko na Pana/Pani potrzeby?

- Tak
- Nie wiem

Czy pielęgniarki opiekujące się Panem/Panią w czasie hospitalizacji były cierpliwe, uprzejme wobec Pana/Pani?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

Czy pielęgniarki opiekujące się Panem/Panią poświęcały Panu/Pani wystarczająco ilość czasu?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

Czy pielęgniarki opiekujące się Panem/Panią potrafiły udzielić wsparcia, wysłuchać, zmniejszyć lęk?

- Tak

- Nie
- Nie wiem

Czy pielęgniarki opiekujące się Panem/Panią w czasie hospitalizacji reagowały szybko na Pana/Pani potrzeby?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

Czy objaśniono Panu/Pani przed wypisem do domu zalecenia jaką stosować dietę?

- Tak
- Nie

Czy objaśniono Panu/Pani przed wypisem do domu zalecenia jakie stosować zabiegi pielęgnacyjne?

- Tak
- Nie

Czy objaśniono Panu/Pani przed wypisem do domu zalecenia jak przyjmować leki?

- Tak
- Nie

Proszę dokonać oceny - Informacja o topografii szpitala ▼

Proszę dokonać oceny - Ogólna czystość szpitala ▼

Proszę dokonać oceny - Czystość na oddziale ▼

Proszę dokonać oceny - Czystość w sanitariatach ▼

Proszę dokonać oceny - Warunki odpoczynku i snu ▼

Proszę dokonać oceny - Jakość posiłków - Różnorodność ▼

Proszę dokonać oceny - Jakość posiłków - Temperatura ▼

Proszę dokonać oceny - Jakość posiłków - Estetyka podania ▼

Czy wróciłby/wróciłaby Pan/Pani do naszego szpitala, jeżeli zaistniałaby potrzeba ponownej hospitalizacji?

- Tak
- Nie

Czy polecisz Pan/Pani znajomemu/znajomej nasz szpital?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

Prosimy o zaznaczenie, którego z poniżej wymienionych oddziałów był/była Pan/Pani pacjentem/pacjentką?

- Oddział Urologiczny
- Oddział Dziecięcy
- Oddział Chorób Wewnętrznych
- Oddział Chorób Płuc
- Oddział Otolaryngologiczny
- Oddział Neurologiczny
- Oddział Ginekologiczny
- Oddział Położniczy
- Oddział Chirurgii Ogólnej
- Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
- Oddział Kardiologiczny
- Oddział Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
- Oddział Psychosomatyczny
- Oddział Obserwacyjno-Zakaźny
- Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
- Zakład Kardiologii Inwazyjnej
- Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu

Wiek

Wykształcenie

Zawód wykonywany

Podaj wynik działania $9 + 9$

Wyślij Wyczyść