



## ANKIETA „Satysfakcja Pacjenta”

Pragniemy podwyższyć jakość naszych usług, eliminować najmniejsze niedociągnięcia, wprowadzić właściwe zmiany. W tym celu zbieramy pozytywne jak i negatywne opinie pacjentów odnośnie naszej opieki. Pragniemy poznać, co według opinii Państwa jest dobre, a co wymaga poprawy.

Jeżeli zdaniem Państwa należy rozszerzyć odpowiedź na którekolwiek pytanie zawarte w ankiecie, prosimy wykorzystać wolne miejsce na drugiej stronie ankiety. Gwarantujemy pełną anonimowość.

Dziękujemy za współpracę,  
Dyrektor Szpitala

**Odpowiadając na poniższe pytania proszę wstawić znak „X” do odpowiedniej kratki obok wybranej odpowiedzi.**

### **I. IZBA PRZYJĘĆ**

1. Jak ocenia Pan/Pani warunki panujące w Izbie Przyjęć

Bardzo dobrze       Dobrze       Przeciętnie       Źle       Bardzo źle

2. Proszę określić czas oczekiwania na przyjęcie w Izbie Przyjęć – wpisując okres pobytu w wykropkowane miejsce

.....

3. Jak ocenia Pan/Pani troskę i zainteresowanie jakie okazano Panu/Pani w Izbie Przyjęć

Bardzo dobrze       Dobrze       Przeciętnie       Źle       Bardzo źle

### **II. POBYT W ODDZIALE SZPITALNYM**

4. Jak ocenia Pan/Pani czystość na sali chorych

Bardzo czysto       Czysto       Przeciętnie       Brudno       Bardzo brudno

5. Jak ocenia Pan/Pani jakość posiłków oferowanych przez Szpital

Bardzo dobrze       Dobrze       Przeciętnie       Źle       Bardzo źle

6. Czy miał/a Pan/Pani dostęp do telefonu

Tak       Nie

7. Czy rodzina lub bliskie osoby mogły Pana/Panią odwiedzać

Tak       Nie

8. Czy wiedział/a Pan/Pani, który z lekarzy jest Pana/Pani lekarzem prowadzącym

Tak       Nie

9. Czy w trakcie badań lekarz słuchał Pana/Panią uważnie

Bardzo uważnie       Uważnie       Dość uważnie       Nieuważnie       Bardzo nieuważnie

10. Czy w trakcie badań lekarz badał Pana/Panią dokładnie

Bardzo dokładnie       Dokładnie       Dość dokładnie       Niedokładnie       Bardzo niedokładnie

11. W jakim stopniu lekarz zapewnił intymność Panu/ Pani podczas badania

Bardzo wysokim       Wysokim       Przeciętnym       Niskim       Bardzo niskim

**ANKIETA**  
**„Satysfakcja Pacjenta”**

**12.** Czy lekarz był życzliwy

- Bardzo życzliwy       Życzliwy       Raczej życzliwy       Nieżyczliwy       Bardzo nieżyczliwy

**13.** W jakim stopniu lekarz potrafił wczuć się w Pana/Pani sytuację

- Bardzo wysokim       Wysokim       Przeciętnym       Niskim       Bardzo niskim

**14.** Czy lekarz był dostępny, gdy Pan/Pani go potrzebował/a

- Zawsze dostępny       Dostępny       Zazwyczaj dostępny       Niedostępny       Zupełnie niedostępny

**15.** Czy lekarz wyjaśnił Panu/Pani metody leczenia

- Tak       Nie

**16.** Jeśli uzyskał Pan/Pani informacje na temat metod leczenia, to czy były one dokładne

- Bardzo dokładne       Dokładne       Dość dokładne       Niedokładne       Bardzo niedokładne

**17.** Proszę ocenić życzliwość pielęgniarek

- Bardzo życzliwe       Życzliwe       Dość życzliwe       Nieżyczliwe       Bardzo nieżyczliwe

**18.** Czy takie zabiegi jak wykonywanie zastrzyków, pobieranie krwi, podłączanie kroplówek, pielęgnowanie wykonywały profesjonalnie, sprawnie

- Bardzo sprawnie       Sprawnie       Dość sprawnie       Nieporadnie       Bardzo nieporadnie

**19.** Jak ocenia Pan/Pani dostępność pielęgniarki (tzn.: czy w momencie, gdy była potrzebna pielęgniarka była osiągalna)

- Zawsze dostępna       Dostępna       Zazwyczaj dostępna       Niedostępna       Zupełnie niedostępna

**20.** W jakim stopniu pielęgniarki zapewniały Panu/Pani intymność podczas zabiegów pielęgnacyjnych

- Bardzo wysokim       Wysokim       Przeciętnym       Niskim       Bardzo niskim

**21.** Czy w trakcie hospitalizacji miał/a Pan/Pani kontakt z Gabinetem Rehabilitacji (fizykoterapia, hydroterapia, sala gimnastyczna)

- Tak       Nie

**22.** W jakim stopniu uważa Pan/ Pani za istotne korzystanie z rehabilitacji w swoim stanie zdrowia

- Bardzo wysokim       Wysokim       Przeciętnym       Niskim       Bardzo niskim

**23.** Jak ocenia Pan/Pani usługi świadczone przez personel Gabinetu Rehabilitacji

- Bardzo wysoko       Wysoko       Przeciętnie       Nisko       Bardzo nisko

**24.** Proszę ocenić uprzejmość salowych

- Bardzo uprzejma       Uprzejma       Raczej uprzejma       Nieuprzejma       Bardzo nieuprzejma

**25.** Czy miał/a Pan/Pani poczucie ważności, istotności swojej osoby w trakcie pobytu w szpitalu

- Tak       Nie       Trudno powiedzieć

**26.** Czy w sytuacjach trudnych uzyskał/a Pan/Pani wsparcie psychiczne

- Tak       Nie       Trudno powiedzieć

**27.** Proszę wskazać od kogo uzyskał/a Pan/Pani wsparcie, pomoc psychologiczną w sytuacjach trudnych

- Lekarza       Pielęgniarki       Salowej       innego personelu

**ANKIETA**  
**„Satisfakcja Pacjenta”**

**28.** Jak Pan/Pani ocenia jakość udzielonego wsparcia

- Bardzo dobrze       Dobrze       Dość dobrze       Źle       Bardzo źle

**29.** Proszę ocenić sposób załatwienia formalności związanych z wypisem ze szpitala

- Bardzo prosty       Prosty       Dość prosty       Skomplikowany       Bardzo skomplikowany

**30.** Proszę zaznaczyć oddział, na którym Pan/i przebywał/a

- O. Wewnętrzny       O. Neurologiczny       O. Kardiologiczny  
 O. Pulmonologiczny       O. Rehabilitacji Ogólnoustrojowej       O. Rehabilitacji Neurologicznej

**Prosimy o wypełnienie poniższej metryczki, zaznaczając symbolem „x” właściwe pole:**

**PŁEĆ:**       K       M

**WIEK:**       do 30 lat       od 31 do 50       od 51 do 65       powyżej 65 lat

**WYKSZTAŁCENIE:**       podstawowe       średnie       wyższe

Prosimy o sprawdzenie, czy ustosunkowała się Pani/Pan do wszystkich pytań w powyższej tabeli.

**Wypełnioną ANKIETĘ prosimy wrzucić do Skrzynki „Ankieta satysfakcji pacjenta”, która znajduje się na każdym piętrze oraz na parterze.**

**Dziękujemy za udział w naszym badaniu.**