

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszego szpitala. Formularz zawiera jedynie 13 pytań, a czas wypełnienia zajmie kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna. Dziękujemy.

NASZA SKALA:

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

O01: Oddział, z którego zostałeś/eś wypisany ze szpitala

A01: Jak oceniasz sprawność procesu przyjęcia do szpitala?

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

B01: Jak oceniasz uwzględnianie przez personel medyczny Twojego zdania w procesie leczenia?

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

B02: Jak oceniasz opiekę/zaangażowanie personelu medycznego?

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

B03: Jak oceniasz próby zmniejszania bólu poprzez podanie leków? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

C01: Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia i procesu leczenia podczas pobytu w szpitalu?

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

C02: Jak oceniasz zrozumiałość informacji przekazanych przez personel medyczny dotyczących zaleceń lekarskich i dalszego procesu leczenia po opuszczeniu szpitala?

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

D01: Jak oceniasz wyżywienie w szpitalu? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

D02: Jak oceniasz czystość w salach, na korytarzach, w łazienkach?

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

E01: Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

F01: Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz ten szpital znajomym lub rodzinie?

Zdecydowanie NIE POLECAM 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zdecydowanie POLECAM

G01: Płeć pacjenta:

Kobieta

Mężczyzna

G02: Wiek pacjenta:

Poniżej 18 lat 18-39 lat 40 -59 lat 60 -79 lat Powyżej 80 lat

U01: UWAGI: