

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki.
 Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki.
 Formularz zawiera 18 pytań, a czas wypełnienia to 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

Aktualne miejsce Pana/Pani pobytu:

A00: Jakie cechy najlepiej opisują opiekę w naszej placówce? (można wybrać kilka odpowiedzi)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> szacunek personelu | <input type="radio"/> staranność o moją czystość i higienę |
| <input type="radio"/> spokój personelu | <input type="radio"/> cierpliwość personelu |
| <input type="radio"/> wrażliwość personelu | <input type="radio"/> uśmiech personelu |
| <input type="radio"/> życzliwość personelu | <input type="radio"/> brak wulgarności |
| <input type="radio"/> dobroć personelu | <input type="radio"/> dbałość o innych |

A01: Jak ocenia Pan/Pani sposób zaopiekowania nad Panem/Panią?

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

B01: Jak ocenia Pan/Pani uwzględnianie przez personel medyczny Pana/Pani zdania w procesie opieki?

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

B02: Jak ocenia Pan/Pani opiekę/zaangażowanie personelu naszej placówki?

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

B03: Jak ocenia Pan/Pani starania personelu w zakresie zmniejszania bólu?
 (pomin jeśli nie dotyczy)

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

C01: Jak ocenia Pan/Pani dbałość personelu o Pana/Pani stan zdrowia?

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

C02: Jak ocenia Pan/Pani warunki pobytu w naszej placówce?

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

C03: Jak ocenia Pan/Pani stosowanie przez personel udogodnień takich jak wanna do kąpieli / podnośnik i inne? (pomiń jeśli nie dotyczy)

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

D01: Jak ocenia Pan/Pani wyżywienie w naszej placówce?

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

D02: Jak ocenia Pan/Pani czystość w naszej placówce?

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

D03: Jak ocenia Pan/Pani zorganizowanie w naszej placówce czasu wolnego?

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

E01: Jak ocenia Pan/Pani wrażliwość naszego personelu na Pana/Pani indywidualne potrzeby?

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

F01: Czy poleciliby Państwo naszą placówkę 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 80 lat i więcej

U01: Co Pana/Pani zdaniem działa najlepiej w naszej placówce?

U02: Czy jest coś, co moglibyśmy poprawić

