

W jakim stopniu są Państwo z nas zadowoleni?

Droga Pacjentko! Drogi Pacjencie!

Staramy się zapewnić Państwu jak najlepszą opiekę. Z tego powodu bardzo ważna jest dla nas Państwa opinia!

Państwa odpowiedzi i sugestie pomogą nam rozpoznać słabe punkty i problemy i poprawić je. Również Państwa krytyka będzie tu pomocna.

Proszę wypełnić kwestionariusz krótko przed wypisaniem i wrzucić go do skrzynki na oddziale

Oczywiście kwestionariusze są anonimowe.

Pytania dotyczące osoby

Proszę zaznaczyć:

Wiek

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| mniej niż 20 lat | <input type="checkbox"/> | 20-30 lat | <input type="checkbox"/> | 30-40 lat | <input type="checkbox"/> |
| 40-50 lat | <input type="checkbox"/> | 50-60 lat | <input type="checkbox"/> | 60-70 lat | <input type="checkbox"/> |
| 70-80 lat | <input type="checkbox"/> | | | więcej niż 80 lat | <input type="checkbox"/> |

Czy byli już Państwo u nas pacjentami?

- Tak Jeśli tak, kiedy? _____
Nie

Jak Państwa zdaniem zmienił się od tego czasu nasz szpital?

- poprawił się tak samo pogorszył się

Kto polecił Państwu leczenie u nas?

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| lekarz rodzinny | <input type="checkbox"/> | lekarz specjalista | <input type="checkbox"/> |
| krewni/znajomi | <input type="checkbox"/> | na własne życzenie | <input type="checkbox"/> |
| inne | <input type="checkbox"/> | | |

Proszę ocenić według szkolnej skali ocen

Jak oceniają Państwo wyżywienie?

	bardzo dobry	dobry	dosta- teczny	mierny	niedosta- teczny
Możliwości wyboru					
Ilość					
Smak					
Wygląd					
Temperatura					

Jak oceniają Państwo pomieszczenia?

	bardzo dobry	dobry	dosta- teczny	mierny	niedosta- teczny
Wyposażenie pokoi					
Czystość pokoi					
Liczba i wyposażenie sanitariatów					
Czystość sanitariatów					
Czystość pomieszczeń rekreacyjnych					
Czasy otwarcia kafeterii					

Jak oceniają Państwo personel pielęgniarski?

	bardzo dobry	dobry	dosta- teczny	mierny	niedosta- teczny
Uprzejmość					
Uwaga					
Zrozumienie					
Kompetencja					

Jak oceniają Państwo naszą organizację?

	bardzo dobry	dobry	dosta- teczny	mierny	niedosta- teczny
Czas oczekiwania na termin przyjęcia					
Osiągalność izby przyjęć					
Czasy oczekiwania podczas przyjęcia					
Koordinacja badań					
Przeprowadzanie wizyt					
Organizacja wypisu					

Jak oceniają Państwo leczenie przez lekarzy?

	bardzo dobry	dobry	dosta- teczny	mierny	niedosta- teczny
Uprzejmość					
Uwaga					
Zrozumienie					
Kompetencja					

Jak ważne są dla Państwa następujące punkty?

	bardzo dobry	dobry	dosta- teczny	mierny	niedosta- teczny
Jakość jedzenia					
Czystość					
Opieka przez personel pielęgniarski					
Specjalistyczna opieka lekarska					
Uwaga poświęcana przez lekarza					
Sprawny przebieg leczenia					
Zaangażowanie rodziny					
Dobra organizacja podczas wypisu					

Informacja dla pacjentów

	TAK	Nie	nie dotyczy
Czy zabiegi wyjaśniono w szczegółowy i zrozumiały sposób?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy mogli Państwo zadać wszystkie ważne dla Państwa pytania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy poinformowano Państwa o alternatywnych metodach leczenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy mieli Państwo wystarczającą ilość czasu na zastanowienie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy diagnozę wyjaśniono w wyrozumiały sposób?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy przeprowadzono szczegółową rozmowę końcową?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy mogli Państwo zadać wszystkie ważne dla Państwa pytania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy podczas wypisu przekazano Państwu kartę informacyjną przebytego leczenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy ustalono kwestię dalszego leczenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy poinformowano Państwa o możliwościach dalszego leczenia i kuracjach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy udzielono Państwu pomocy przy składaniu wniosku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy mogli Państwo skontaktować się z grupą samopomocy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy poinformowano i przeszkolono Państwa w wystarczający sposób o sposobie postępowania ze sztuczną przetoką (jeśli była założona)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy już przed wypisem wprowadzono gimnastykę leczniczą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy byli Państwo zadowoleni ze sposobu przestrzegania sfery prywatnej w naszym szpitalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy poleciliby nas Państwo również znajomym lub krewnym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy również w przyszłości chcieliby Państwo być u nas leczeni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeśli nie chcieliby Państwo być u nas ponownie leczeni, dlaczego nie?

Co było szczególnie pozytywne?

Co było szczególnie negatywne?

Czego brakuje według Państwa w pokojach, sanitariatach i pomieszczeniach rekreacyjnych?

Dziękujemy Państwu za pomoc.