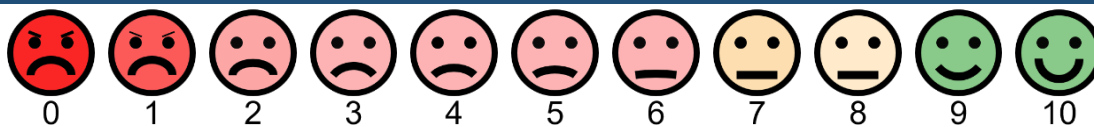


Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszego szpitala. Formularz zawiera jedynie 13 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.



Nasza skala:

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

O01: Oddział, z którego zostałaś/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: Jak 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 80 lat lub więcej

U01: Uwagi:

