ANKIETA DLA RODZIN PACJENTÓW KOAiIT

Badanie satysfakcji pacjentów 4WSKzP we Wrocławiu

Szanowni Państwo, ankietę kierujemy do wszystkich naszych pacjentów z prośbą o dokonanie oceny naszego Szpitala. Zebrane informacje i uwagi pozwolą nam podjąć działania mające na celu poprawę jakości naszej pracy oraz komunikacji, a tym samym zwiększenia satysfakcji pacjentów. Dlatego też chcemy zapoznać się z Państwa uwagami. Prosimy o wyrażenie swojej opinii poprzez wypełnienie tej ankiety. **ANKIETĘ PROSIMY WYPEŁNIAĆ ANONIMOWO!**

1. **Proszę ocenić na skali poszczególne cechy personelu lekarskiego.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Raczej dobrze | Źle | Bardzo źle |
| Uprzejmość i kultura osobista |  |  |  |  |  |
| Gotowość do udzielenia pomocy |  |  |  |  |  |
| Zapewnienie intymności i poszanowania godności |  |  |  |  |  |
| Czas poświęcony na badania, konsultacje |  |  |  |  |  |
| Możliwość zwrócenia się bezpośrednio  do lekarza prowadzącego |  |  |  |  |  |
| **Prosimy o dodatkowe uwagi i uzasadnienie w przypadku ocen negatywnych** | | | | | |

1. **Proszę ocenić na skali poszczególne cechy personelu pielęgniarskiego.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Raczej dobrze | Źle | Bardzo źle |
| Uprzejmość i kultura osobista |  |  |  |  |  |
| Gotowość do udzielenia pomocy |  |  |  |  |  |
| Zapewnienie intymności i poszanowania godności |  |  |  |  |  |
| Staranność przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych |  |  |  |  |  |
| **Prosimy o dodatkowe uwagi i uzasadnienie w przypadku ocen negatywnych** | | | | | |

1. **Czy otrzymali Państwo zrozumiałe i wyczerpujące informacje na temat:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Pełne informacje | Częściowe informacje | Brak informacji |
| stanu zdrowia |  |  |  |
| sposobu leczenia |  |  |  |
| ryzyka, możliwych powikłań |  |  |  |

1. **Czy zasady odwiedzin u pacjentów w oddziale są dla Państwa jasne i czytelne?[[1]](#footnote-1)\* TAK / NIE**
2. **Jak oceniają Państwo warunki panujące na oddziale?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Raczej dobrze | Źle | Bardzo źle |
| Czystość w salach |  |  |  |  |  |
| Wyposażenie sal |  |  |  |  |  |
| Czystość w łazienkach |  |  |  |  |  |
| Przystosowanie łazienek |  |  |  |  |  |
| **Prosimy o dodatkowe uwagi i uzasadnienie w przypadku ocen negatywnych** | | | | | |

1. **Czy personel starał się pomóc, gdy pacjent odczuwał ból?** \* **TAK / NIE**
2. **Czy personel Szpitala zawsze posiada identyfikator w widocznym miejscu?[[2]](#footnote-2)\* TAK / NIE**
3. **Jak oceniają Państwo warunki bezpiecznego poruszania się na terenie Szpitala?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Całkowicie bezpiecznie | Dosyć bezpiecznie | Dosyć niebezpiecznie | Bardzo niebezpiecznie | Trudno powiedzieć |
| Wewnątrz budynku szpitala – korytarze, sale chorych, łazienki |  |  |  |  |  |
| Tereny dookoła szpitala – chodniki, parkingi itd. |  |  |  |  |  |

1. **Czy poleciliby Państwo nasz Szpital innym pacjentom?\* TAK / NIE**
2. **Prosimy o wpisanie wszystkich istotnych Państwa zdaniem uwag, które mogą wpłynąć na poprawę działania naszego Szpitala:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**METRYCZKA PACJENTA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Płeć\*** | kobieta | | | | mężczyzna | | | |
| **Wiek\*** | do 25 lat | 26 – 40 lat | | 41 – 55 lat | | 56 – 70 lat | | powyżej 70 lat |
| **Miejsce zamieszkania\*** | miasto Wrocław | | woj. dolnośląskie | | | | inny region Polski | |

***Dziękujemy za wypełnienie ankiety!***

1. \* proszę zakreślić właściwą odpowiedź [↑](#footnote-ref-1)
2. \* proszę zakreślić właściwą odpowiedź [↑](#footnote-ref-2)