ANKIETA Oddziały szpitalne

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. **Oddział, na którym obecnie Państwo przebywają**: ………………………………………………………………………………
2. **Jak długo oczekiwali Państwo na przyjęcie do Szpitala?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bez oczekiwania | 1 - 6 dni | 1 - 2 tygodnie | 2 tygodnie– 1 miesiąc | 1 – 6 miesięcy | Dłużej niż pół roku |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Jak oceniają Państwo czas oczekiwania na przyjęcie z uwzględnieniem stanu Państwa zdrowia?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bardzo krótki | Krótki | Ani krótki, ani długi | Długi | Bardzo długi |
|  |  |  |  |  |

1. **Jaki był powód oczekiwania na przyjęcie?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kolejka oczekujących | Konieczność wykonania badań i konsultacji | Stan zdrowia uniemożliwił przeprowadzenie zabiegu | Inne – jakie? |
|  |  |  |  |

1. **Co spowodowało, że wybrali Państwo nasz Szpital? Można zaznaczyć kilka odpowiedzi.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dostałem/-am skierowanie do tego szpitala | Bliskość miejsca zamieszkania | Polecono mi przez rodzinę lub znajomych | Nowoczesny sprzęt i bardzo dobra diagnostyka | Doświadczona kadra szpitala | Inne – jakie? |
|  |  |  |  |  |  |

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. **Proszę ocenić następujące aspekty przestrzegania praw pacjenta:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Tak | Nie | Nie dotyczy / nie było potrzeby |
| Czy zostali Państwo zapoznani z prawami pacjenta? |  |  |  |
| Czy mieli Państwo prawo do odmowy lub wyrażenia zgody na wykonanie określonego świadczenia? |  |  |  |
| Czy mieli Państwo prawo do opieki pielęgnacyjnej przez osobę bliską? |  |  |  |
| Czy mieli Państwo prawo do dostępu do swojej dokumentacji medycznej? |  |  |  |
| Czy mieli Państwo prawo do kontaktu i odwiedzin przez rodzinę i osoby bliskie? |  |  |  |
| Czy mieli Państwo prawo do opieki duszpasterskiej? |  |  |  |
| Czy mieli Państwo prawo do przechowywania przedmiotów wartościowych w depozycie? |  |  |  |

1. **Proszę ocenić czas reakcji personelu na wezwanie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Natychmiast | Do 15 minut | Powyżej 15 minut |
| w ciągu dnia |  |  |  |
| w ciągu nocy |  |  |  |

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

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

1. **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. **Jak oceniają Państwo temperaturę panującą w sali na oddziale?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zbyt wysoka | Odpowiednia | Zbyt niska |
|  |  |  |

1. **Czy byli Państwo niepokojeni w nocy przez hałasy?[[1]](#footnote-1)\* TAK / NIE**

**Jeśli tak – jakiego typu?** ……………………………………………………………………………………………………………………..….

1. **Czy personel starał się pomóc, gdy odczuwali Państwo ból?\* TAK / NIE**
2. **Proszę ocenić na skali ilość i jakość posiłków podawanych w Szpitalu.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Raczej dobrze | Źle | Bardzo źle |
| Ilość pożywienia |  |  |  |  |  |
| Jakość pożywienia |  |  |  |  |  |

1. **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. |  |  |  |  |  |
| **Prosimy o dodatkowe uwagi i uzasadnienie w przypadku ocen negatywnych – co powodowało niepełne poczucie bezpieczeństwa?** |

1. **Czy zostali Państwo odprowadzeni na oddział przez personel Szpitala?\* TAK / NIE**
2. **Czy personel Szpitala zawsze posiada identyfikator w widocznym miejscu?[[2]](#footnote-2)\* TAK / NIE**
3. **Czy poleciliby Państwo nasz Szpital innym pacjentom?\* TAK / NIE**
4. **Jak oceniają Państwo poprawę stanu zdrowia po pobycie w naszym Szpitalu? Proszę ocenić na skali od 1 do 5, gdzie 5 jest oceną najwyższą i najbardziej pozytywną.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

1. **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)