ANKIETA SOR

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. **Ile czasu spędzili Państwo w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym od przybycia do wypisu?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Do pół godziny | 30 – 60 minut | 1 – 2 godziny | 2 – 3 godziny | 3 – 4 godziny | Powyżej 4 godzin |
|  |  |  |  |  |  |

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

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

1. **Jak oceniają Państwo poszczególne elementy funkcjonowania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego?**

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

1. **Jak oceniają Państwo warunki panujące w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Raczej dobrze | Źle | Bardzo źle |
| Czystość |  |  |  |  |  |
| Wyposażenie |  |  |  |  |  |
| Łatwość orientacji przestrzennej |  |  |  |  |  |

1. **Czy personel starał się pomóc, gdy odczuwali Państwo ból?[[1]](#footnote-1)\* TAK / NIE**
2. **Czy personel Szpitala zawsze posiada identyfikator w widocznym miejscu?\* TAK / NIE**
3. **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 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. **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.**

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

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

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

**METRYCZKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 właściwa odpowiedź [↑](#footnote-ref-2)