

9. Warunki panujące na oddziale

a) Jak Pan(i) ocenia wyposażenie w salach?

- ☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle

a) Jak Pan(i) ocenia czystość pokoi, łazienek ?

- ☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle

b) Czy w trakcie hospitalizacji rodzina miała zapewnioną możliwość odwiedzin Pana (i) ?

- ☐tak ☐nie (czasowy zakaz odwiedzin, pandemia, inne)
☐nie dotyczy

c) Jak Pan(i) ocenia respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb

- ☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle ☐nie dotyczy

Proszę podać uwagi:

Czy w razie konieczności poleciłaby Pani/poleciłby Pan nasz podmiot leczniczy swoim bliskim, znajomym, rodzinie?

- ☐Tak ☐Nie ☐Nie mam zdania

10. Uwagi pacjenta na temat pobytu w podmiocie leczniczym, które nie zostały ujęte w ankiecie.

Metryczka dla pacjenta - nie identyfikuje pacjenta - służy tylko do statystyki i umiejscowienia przedziału czasowego Państwa oceny.

a) Płeć

- ☐Kobieta ☐Męczyzna

b) Wiek

- ☐do 18 lat ☐18-30 lat ☐31-40 lat ☐41-50 lat
☐51-60 lat ☐61-70 lat ☐71-80 lat ☐powyżej 80 lat

c) Częstotliwość pobytu

- ☐pierwszy raz ☐kolejny raz

d) Źródło utrzymania

- ☐praca zawodowa ☐rencista/emeryt ☐bezrobotny
☐student/uczeń ☐inne

e) W jakim miesiącu Pan(i) o przebywał w naszym podmiocie leczniczym

.....

Dziękujemy za poświęcony czas na wypełnienie ankiety.

Anonimowa ankieta dla pacjentów

Podmiotu leczniczego

„SOLANKI” Uzdrawisko Inowrocław Sp. z o.o.

Zapraszamy do wypełnienia anonimowej ankiety poprzez zaznaczenie odpowiedzi, zgodnie z Państwa odczuciami. Prosimy również o dopisanie uwag w miejscach pozostawionych specjalnie do tego celu

1. Oddział, w którym Pan(i) był(a) hospitalizowany(na) (proszę zaznaczyć)

- a) Sanatorium Kujawiak
b) Sanatorium Kujawianka
c) Szpital Uzdrawiskowy Kujawiak
d) Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej
e) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
f) Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej
g) Fizjoterapia ambulatoryjna
h) Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej Diennej
i) Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej

2. Przyjęcie na recepcji Jak Pan(i) ocenia?

a) szybkość załatwienia formalności przy przyjęciu do oddziału?

- ☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle

b) uprzejmość, życzliwość personelu przy przyjęciu na recepcji

- ☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle

3. Przyjęcie na oddziale przez personel medyczny - Jak Pan (i) ocenia?

c) Czy personel medyczny poinformował Pana(ią) o zasadach funkcjonowania oddziału, topografią bądź wskazał miejsce zapoznania się z nimi?

- ☐tak ☐nie ☐nie potrzebowiałem(łam) takich informacji

- d) Czy personel medyczny poinformował Pana (ią) o Prawach Pacjenta, bądź wskazał miejsce zapoznania się z nimi?
☐tak ☐nie ☐nie potrzebowałem (łam) takich informacji

Proszę podać uwagi:

4. Opieka lekarza prowadzącego

- a) Czy został Panu(i) przedstawiony lekarz prowadzący?
☐Tak ☐Nie

- b) Jak Pan(i) ocenia uprzejmość i życzliwość lekarza?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle

- c) Jak Pan(i) ocenia zainteresowanie pacjentem, dostępność i czas poświęcony pacjentowi?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle

- d) Jak Pan(i) ocenia uzyskanie informacji na temat stanu zdrowia, proponowanego leczenia, wyników badań, ryzyka związanego z podejmowanym leczeniem?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle

- e) Jak Pan(i) ocenia zrozumiałość informacji przekazanych przez lekarza dotyczących zaleceń lekarskich i dalszego procesu leczenia po opuszczeniu podmiotu leczniczego
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle

Proszę podać uwagi:

5. Opieka pielęgniarska

- a) Jak Pan(i) ocenia uprzejmość i życzliwość pielęgniarek?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle

- b) Jak Pan(i) ocenia pomoc pielęgniarek w czynnościach pielęgnacyjnych?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle ☐nie dotyczy

- c) Jak Pan(i) ocenia szybkość reagowania pielęgniarek na wezwanie pacjenta?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle ☐nie dotyczy

Proszę podać uwagi:

6. Opieka fizjoterapeutów, masażyistów

- a) Jak Pan(i) ocenia uprzejmość i życzliwość fizjoterapeutów, masażyistów?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle

- b) Jak Pan(i) ocenia wykonywanie zabiegów przez fizjoterapeutów/masażyistów?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle

Proszę podać uwag:

7. Opieka opiekunów medycznych

- d) Jak Pan(i) ocenia uprzejmość i życzliwość opiekunów medycznych
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle

- e) Jak Pan(i) ocenia pomoc opiekunów medycznych w czynnościach pielęgnacyjnych?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle ☐nie dotyczy

- c) Jak Pan(i) ocenia szybkość reagowania opiekunów medycznych na wezwanie pacjenta?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle ☐nie dotyczy

Proszę podać uwagi:

8. Dieta i posiłki (jeśli dotyczy)

- a) Czy otrzymał(a) Pan/i informacje na temat zleconej diety?
☐Tak ☐Nie ☐nie potrzebowałem (łam) takich informacji|

- b) Z uwzględnieniem diety jak Pan(i) ocenia posiłki – pod względem smaku potraw?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle
☐nie wiem

- c) Z uwzględnieniem diety jak Pan(i) ocenia posiłki – pod względem różnorodności potraw?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle
☐nie wiem

- d) Z uwzględnieniem diety jak Pan(i) ocenia posiłki – pod względem temperatury posiłków?
☐bardzo dobrze ☐dobrze ☐raczej dobrze
☐źle ☐bardzo źle
☐nie wiem

Proszę podać uwagi: