

**Anonimowa ankieta badania satysfakcji pacjenta z usług świadczonych
w „SOLANKI” Uzdrowisko Inowrocław Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**

Szanowni Państwo!

Zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie anonimowej ankiety, której zawartość ma służyć badaniu opinii i doświadczeń pacjentów. Wyniki pozwolą nam ocenić jakość w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Nasza skala

BARDZO ŹŁE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	BARDZO DOBRZE
-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--------------------------

Należy zaznaczyć wybraną odpowiedź, poprzez zaznaczenie krzyżykiem „X” liczby w skali od 1 do 10,

gdzie: 0 – oznacza bardzo źle, 10 – oznacza bardzo dobrze

1. Oddział, z którego zostałeś/eś wypisany

SANATORIUM KUJAWIAK	SANATORIUM KUJAWIANKA	SZPITAL KUJAWIAK	REHABILITACJA OGÓLOUSTROJOWA STACJONARNA	REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA STACJONARNA	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA

REHABILITACJA OGÓLOUSTROJOWA DZIENNA	REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA DZIENNA	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA

2. Jak oceniasz sprawność procesu przyjęcia do naszego podmiotu leczniczego

BARDZO ŹŁE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	BARDZO DOBRZE
-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--------------------------

3. Jak oceniasz uwzględnienie przez personel medyczny Twojego zdania w procesie leczenia

BARDZO ŹŁE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	BARDZO DOBRZE
-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--------------------------

4. Jak oceniasz opiekę/zaangażowanie personelu medycznego?

BARDZO ŹŁE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	BARDZO DOBRZE
-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--------------------------

5. Jak oceniasz próby zmniejszania bólu poprzez podawanie leków? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)

BARDZO ŹŁE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	BARDZO DOBRZE
-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--------------------------

6. Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia i procesu leczenia podczas pobytu w naszym podmiocie leczniczym?

BARDZO ŹŁE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	BARDZO DOBRZE
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

7. Jak oceniasz zrozumiałość informacji przekazywanych przez personel medyczny dotyczących zaleceń lekarskich i dalszego procesu leczenia po opuszczeniu naszego podmiotu leczniczego

BARDZO ŹŁE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	BARDZO DOBRZE
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

8. Ja oceniasz wyżywienie w naszym podmiocie leczniczym (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)

BARDZO ŹŁE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	BARDZO DOBRZE
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

9. Jak oceniasz czystość w pokojach, na korytarzach, w łazienkach?

BARDZO ŹŁE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	BARDZO DOBRZE
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

10. Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?

BARDZO ŹŁE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	BARDZO DOBRZE
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

11. Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz nasz podmiot leczniczy znajomym lub rodzinie?

BARDZO ŹŁE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	BARDZO DOBRZE
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

PŁEĆ PACJENTA:

KOBIETA	
MĘŻCZYZNA	

WIEK PACJENTA:

PONIŻEJ 18 LAT	18-39 LAT	40-59 LAT	60-79 LAT	POWYŻEJ 80 LAT

UWAGI

