



## ANKIETA SATYSFAKЦИИ PACJENTA

Ośrodek rehabilitacji dziennej

Szpitala Nefrolux Wojciech Kamiński, Maciej Kamiński Sp. Z. o.o

Ankieta jest anonimowa

Z uwagi na stałe podnoszenie jakości naszych usług pragniemy poznać Państwa opinię.

ZAKRES OCEN: 5 – ocena najwyższa; 1 – ocena najniższa (uprzejmie prosimy o zakreślenie właściwej odpowiedzi).

Oddział: .....

Data wypełnienia ankiety: .....

Czas pobytu..... (ilość dni)

Płeć:  kobieta,  mężczyzna

Wiek:  do 30 lat,  30 – 50 lat,  powyżej 50 lat

Lp.	KATEGORIE	OCENA					
		5	4	3	2	1	
1.	Przyjęcie do Ośrodka rehabilitacji dziennej	1.1. Czas oczekiwania w Rejestracji	5	4	3	2	1
		1.2 Uprzejmość i życzliwość personelu administracyjnego podczas procesu rejestracji	5	4	3	2	1
		1.3. Sposób prowadzenia rozmowy, przekazywania informacji	5	4	3	2	1
		1.4. Szybkość ukończenia formalności związanych z przyjęciem do ośrodka rehabilitacji dziennej	5	4	3	2	1
2.	Warunki pobytu w Ośrodku rehabilitacji dziennej	2.1. Zapoznanie z Ośrodkiem rehabilitacji dziennej przez personel (informacja o szatniach i innych pomieszczeniach , godzinach otwarcia, regulaminie)	5	4	3	2	1
		2.2. Czystość sal pacjentów, łazienek, toalet	5	4	3	2	1
		2.3. Standard budynku oraz estetyka	5	4	3	2	1
		2.4. Czas na oczekiwane zabiegi fizykalne	5	4	3	2	1
		2.5 Warunki do ćwiczeń na sali gimnastycznej	5	4	3	2	1
3.	Opieka lekarska	3.1. Uprzejmość i zainteresowanie ze strony lekarza	5	4	3	2	1
		3.2. Udzielanie informacji przez lekarza	5	4	3	2	1
		3.3. Wskazówki dotyczące postępowania po zakończeniu rehabilitacji	5	4	3	2	1
4.	Opieka fizjoterapeutyczna	4.1. Uprzejmość i zainteresowanie ze strony fizjoterapeutów	5	4	3	2	1
		4.2. Pomoc fizjoterapeutów w czynnościach zabiegowych	5	4	3	2	1
		4.3. Informowanie o planowanych terminach zabiegów oraz badań	5	4	3	2	1

5.	Przestrzeganie Praw Pacjenta	5.1. Poczucie bezpieczeństwa w trakcie pobytu	5	4	3	2	1
		5.2. Poszanowanie intymności	5	4	3	2	1
		5.3. Informowanie o prawach pacjenta	5	4	3	2	1
6.	Końcowa ocena Szpitala	6.1. Ocena ogólna Szpitala	5	4	3	2	1

**7. Czy polecił/a by Pan/Pani naszą placówkę?**

.....

.....

.....

.....

.....

**8. Z czego Pan/Pani jest najbardziej zadowolony/a?**

.....

.....

.....

.....

.....

**Uwagi:**

.....

.....

.....

**Serdecznie dziękujemy za wypełnienie ankiety!  
Państwa opinia jest dla nas ważna!**