



ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH

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 Szpitala	1.1. Czas oczekiwania w Rejestracji / Izbie Przyjęć	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 Szpitala	5	4	3	2	1
2.	Warunki pobytu w Oddziale Szpitala	2.1. Zapoznanie z Oddziałem przez personel (informacja o dyżurkach lekarskich i pielęgniarskich, godzinach odwiedzin, regulaminie)	5	4	3	2	1
		2.2. Czystość sal chorych, łazienek, toalet i pościeli	5	4	3	2	1
		2.3. Standard budynku oraz estetyka	5	4	3	2	1
		2.4. Dieta i posiłki oraz pory podawania posiłków	5	4	3	2	1
		2.5 Warunki odpoczynku i snu	5	4	3	2	1
3.	Opieka lekarska	3.1. Uprzejmość i zainteresowanie ze strony lekarzy	5	4	3	2	1
		3.2. Udzielanie informacji przez lekarzy	5	4	3	2	1
		3.3. Wskazówki dotyczące postępowania po wyjściu ze Szpitala (np. podawania leków.)	5	4	3	2	1
4.	Opieka pielęgniarska	4.1. Uprzejmość i zainteresowanie ze strony pielęgniarek	5	4	3	2	1
		4.2. Pomoc pielęgniarek w czynnościach pielęgnacyjnych	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
		5.4. Możliwość korzystania z odwiedzin	5	4	3	2	1
		5.5. Możliwość korzystania z usług duszpasterskich	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!**