ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
we Włoszczowie
Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II
ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO

Szanowna Pani/Szanowny Panie

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II pragnie poznać Państwa opinię z pobytu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Zebrane dane zostaną wykorzystane do oceny, korygowania niedociągnięć i poprawy jakości świadczonych usług medycznych.

Ankieta jest anonimowa. ***Dyrektor ZOZ we Włoszczowie***

Prosimy o zaznaczenie jednej odpowiedzi (X), zgodnej z Państwa odczuciami.

Metryczka Pacjenta

Wiek: ↓ 18 lat☐*, 18-40 lat☐, 41-65 lat☐, ↑65 lat☐

*wypełnia rodzic/opiekun

Płeć: kobieta☐, mężczyzna☐

Czas oczekiwania na rejestrację wynosił:

Do 12 min☐ od 21 do 30 min☐ od 31 min do 60 min☐ od 61 min do 120 min☐

powyżej 121 min☐

Czy czas rejestracji i przyjęcia był satysfakcjonujący: ☐ tak ☐ nie

	Jak ocenia Pani/Pan:	**bardzo dobrze**	**dobrze**	**przeciętnie**	**źle**	**bardzo źle**
1	Warunki sanitarnohigieniczne (wygląd sal, w których przebywają pacjenci, toalety)					
2	Uprzejmość sekretarek medycznych/personelu podczas rejestracji					
3	Uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania pielęgniarek/ratowników medycznych SOR					
4	Pomoc pielęgniarek/ ratowników medycznych					
5	Dbałość o zachowanie intymności i godności podczas udzielania świadczeń medycznych					
6	Zaangażowanie, okazywanie zrozumienia i zainteresowania lekarza SOR					
7	Udzielanie przez lekarza informacji np. na temat sposobu i rodzaju planowanych zabiegów, badań, dalszego leczenia					

Na pozostałe pytania, prosimy o oznaczenie (X) odpowiedzi: TAK lub NIE.

	Czy:	TAK	NIE
1	Zna Pani/Pan zasady udzielania świadczeń medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym?		
2	Została Pani/został Pan poinformowany o prawach pacjenta?		
3	Została Pani/został Pan poinformowana/y o nadanym kodzie pilności udzielenia świadczenia medycznego podczas przeprowadzenia segregacji medycznej?		
4	Została Pani/został Pan poinformowana/y o przewidywanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia medycznego?		
5	Jest Pani/Pan zadowolony z pracy pielęgniarek/ratowników medycznych SOR?		
6	Informacja dotycząca przebiegu hospitalizacji została przekazana przez lekarza w sposób zrozumiały?		
7	Jest Pani/Pan zadowolony z pracy lekarza SOR?		
8	Jest Pani/Pan zadowolona/y z poprawy stanu zdrowia uzyskanego w SOR?		
9	Poleciłaby Pani/poleciłby Pan naszą placówkę rodzinie, znajomym?		

Jak ocenia Pani/Pan pobyt w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (X):

BARDZO DOBRZE	
DOBRZE	
PRZECIĘTNIE	
ŹLE	
BARDZO ŹLE	

Ankietę wypełnił: pacjent ☐ rodzina/opiekun pacjenta ☐

Wypełnioną ankietę prosimy wrzucić do urny.

Uwagi: ……
……
……
……

Informujemy, iż ankieta dostępna jest również na stronie internetowej
www.zozwloszczowa.pl