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

ANKIETA

Szanowni Państwo!

Uprzejmie proszę o wypełnienie opracowanej przez nas ankiety w celu uwzględnienia oczekiwań i opinii pacjentów podczas leczenia w szpitalu.

Proszę o zaznaczenie wybranej odpowiedzi przez zakreślenie znakiem X .

Ankieta dostępna jest również na naszej stronie internetowej www.zozwloszczowa.pl w dziale wypełnij ankietę.

Ankieta jest anonimowa.

Dyrektor ZOZ we Włoszczowie

1. **Oddział na którym Pani/Pan przebywa** ……

2. **Ile przebywa Pani/Pan jako pacjent w szpitalu:**

   ☐ do 3 dni ☐ od 2 do 7 dni ☐ od 8 do 14 dni ☐ powyżej 14 dni

3. **Ile minut trwało przyjęcie do szpitala (od momentu wejścia do szpitala do wskazania łóżka na sali):**

   ☐ poniżej 1 godziny ☐ od 1 do 3 godzin ☐ powyżej 3 godzin

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

4. **Jak ocenia Pani/Pan czystość:**

	bardzo czyste	czyste	brudne	bardzo brudne
• sal				
• łazienek				

5. **Jak ocenia Pani/Pan żywienie w szpitalu:**

   ☐ bardzo dobre ☐ dobre ☐ złe ☐ bardzo złe

Jeśli zaznaczył(a) Pani/ Pan odpowiedź złe lub bardzo złe proszę wskazać jakie były przyczyny niezadowolenia: ……

6. **Czy uzyskał(a) Pani/Pan informację o:**

	TAK	NIE
• Lokalizacji łazienki, wc		
• Możliwości korzystania w razie potrzeby z pomocy lekarza, pielęgniarki, salowej		
• Możliwości korzystania z telefonu		
• Przysługujących praw pacjenta		

7. **Jaki jest Pani/Pana zdaniem stosunek pielęgniarek do pacjentów:**

   ☐ bardzo życzliwy ☐ życzliwy ☐ obojętny ☐ nieuprzejmy ☐ arogancki

8. **Czy jest Pani/Pan zadowolona(y) z pracy pielęgniarskiej:** ☐ tak ☐ nie

9. **Czy zachowano poszanowanie intymności podczas zabiegów wykonywanych przez personel pielęgniarski:** ☐ tak ☐ nie

10. **Jaki jest Pani/Pana zdaniem stosunek lekarza do pacjentów:**
☐ bardzo życzliwy ☐ życzliwy ☐ obojętny ☐ nieuprzejmy ☐ arogancki

11. **Czy zostały przekazane Pani/Panu informacje i wyjaśnienia na temat:**

	TAK	NIE	NIE WYCZERPUJĄCO	NIE DOTYCZY
• **choroby**				
• **diety**				
• **dalszego postępowania po wypisie**				
• **zabiegów**				
• **badań diagnostycznych**				

12. **Czy zachowano poszanowanie intymności podczas badania lekarskiego:**
☐ tak ☐ nie

13. **Czy miał(a) Pani/Pan możliwość odmowy wyrażenia zgody na wykonywanie określonego zabiegu medycznego:** ☐ tak ☐ nie

14. **Czy jest Pani/Pan zadowolony z pracy personelu lekarskiego:** ☐ tak ☐ nie

15. **Jak ocenia Pani/Pan możliwość identyfikacji personelu:**
☐ bardzo dobrze ☐ dobrze ☐ źle ☐ bardzo źle

16. **Jaki jest stosunek fizjoterapeutów do pacjentów:**
☐ bardzo życzliwy ☐ życzliwy ☐ obojętny ☐ nieuprzejmy ☐ arogancki

17. **Ankietę wypełnił:** ☐ pacjent ☐ rodzina/opiekun pacjenta

18. **Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan naszą placówkę rodzinie, znajomym?**
☐ tak ☐ nie

19. **Proszę wpisać dodatkowe uwagi:** ……
……
……
……

Po wypełnieniu ankiety proszę wrzucić do urny, która znajduje się na oddziale.
DZIĘKUJEMY