

Szanowni Państwo!

Mając na uwadze dobro naszych pacjentów i podnoszenie jakości opieki, pragniemy poznać Państwa opinię na temat świadczonych przez nas usług medycznych. Zapewniamy, że ankieta jest anonimowa, a jej wyniki będą wykorzystywane wyłącznie do podniesienia standardu oferowanych Państwu usług. Będziemy Państwu bardzo wdzięczni za odpowiedź na poniższe pytania.

Dyrekcja Szpitala

W każdym pytaniu prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź stawiając **X** pod wybraną wartością.
1 stanowi ocenę najniższą, 5 stanowi ocenę najwyższą.

JAK OCENIA PAN/PANI		1	2	3	4	5
1.	Szybkość załatwiania formalności w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym					
2.	Uprzejmość pielęgniarek Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w stosunku do Pana/Pani					
3.	Uprzejmość lekarzy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w stosunku do Pana/Pani					
4.	Uprzejmość personelu przyjmującego (rejestracji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w stosunku do Pana/i					
5.	Czystość w pokoju pacjentów					
6.	Wyposażenie pokoju pacjentów					
7.	Czystość w toaletach					
8.	Żywnienie – wielkość posiłków					
9.	Żywnienie – temperatura posiłków					
10.	Uprzejmość Pań salowych w stosunku do Pana/Pani					
11.	Oznakowanie szpitala, np. oznakowanie drogi do oddziału					
12.	Udzielane Pani/Panu wyjaśnienia i informacje					
13.	Zachowanie warunków intymności podczas zabiegów pielęgniarских					
14.	Reakcja na Pana/Pani prośby					
15.	Uprzejmość pielęgniarek w stosunku do Pana/Pani					
16.	Poinformowanie o proponowanym leczeniu					
17.	Zachowanie warunków intymności podczas badań lekarskich					
18.	Czas poświęcony Panu/Pani przez lekarza					
19.	Uprzejmość lekarzy w stosunku do Pana/Pani					

cd na następnej stronie

JAK WAŻNE SĄ DLA PANA/PANI		1 obojętne	2 mało ważne	3 średnio ważne	4 ważne	5 bardzo ważne
11.	Obsługa w rejestracji					
12.	Warunki panujące w poczekalni i w toaletach					
13.	Czynności pielęgniarek					
14.	Badanie lekarskie					

24. Czy podczas Pani/Pana pobytu w naszym szpitalu zdarzyło się coś szczególnie drażliwego lub godnego wyróżnienia? (proszę podać datę zdarzenia):

.....
.....

25. Co Pani/Pana zdaniem należałoby zmienić w szpitalu?

.....

26. W jakim trybie przyjęto Panią/Pana do szpitala:

- nagłym (bez skierowania) planowym (ze skierowaniem)

27. Czas oczekiwania w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym na przyjęcie do szpitala (w minutach)

- do 5 5-15 15-30 30-45 45-60 60-90 dłużej

28. Czy poleciliby Pani/Pan nasz szpital członkom swojej rodziny lub znajomym?

- zdecydowanie tak raczej tak raczej nie zdecydowanie nie nie mam zdania

Pytania ogólne

29. Rok urodzenia

30. Płeć:

- Kobieta Mężczyzna

31. Miejsce zamieszkania:

- wieś miasto między 50 a 100 tys. mieszk.
 miasto do 50 tys. mieszk. miasto od 100 tys. mieszk.

32. Wykształcenie:

- podstawowe zawodowe średnie wyższe

Dziękujemy