



## Anonimowa ankieta badania satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie

### Szanowni Państwo!

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie zwraca się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie anonimowej ankiety, której zawartość ma służyć badaniu opinii i doświadczeń pacjentów. Wyniki pozwolą nam ocenić jakość w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Państwa opinia jest dla nas bardzo ważna.

**Dziękujemy za czas poświęcony wypełnieniu Ankiety.**

### NASZA SKALA:

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

Należy zaznaczyć wybraną odpowiedź, poprzez zaznaczenie krzyżykiem „X” liczby w skali od 1 do 10, gdzie: 0 – oznacza bardzo źle, 10 – oznacza bardzo dobrze

### **1. Oddział/Izba Przyjęć, z którego zostałaś/eś wypisany;**

- Wewnętrzny z Pododdziałem Kardiologii
- Chirurgii z Pododdziałem urazowo-ortopedycznym
- Ginekologii
- Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Izba Przyjęć

### **2. Jak oceniasz sprawność procesu przyjęcia do szpitala/w izbie przyjęć ?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

### **3. Jak oceniasz uwzględnienie przez personel medyczny Twojego zdania w procesie leczenia?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

### **4. Jak oceniasz opiekę/zaangażowanie personelu medycznego?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

### **5. Jak oceniasz próby zmniejszania bólu poprzez podawanie leków? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

### **6. Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia i procesu leczenia podczas pobytu w szpitalu/w izbie przyjęć ?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

**7. Jak oceniasz zrozumiałość informacji przekazywanych przez personel medyczny dotyczących zaleceń lekarskich i dalszego procesu leczenia po opuszczeniu szpitala/izby przyjęć?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

**8. Jak oceniasz wyżywienie w szpitalu? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

**9. Jak oceniasz czystość w salach, na korytarzach, w łazienkach?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

**10. Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

**11. Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz ten szpital/izbę przyjęć znajomym lub rodzinie?**

|                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|
| Zdecydowanie nie polecam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Zdecydowanie polecam |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|

**METRYCZKA:**

- Kobieta
- Mężczyzna

**Wiek pacjenta:**

- 18-39 lat
- 40-59 lat
- 60-79 lat
- Powyżej 80 lat

**UWAGI:**

.....

.....