

ANKIETA SATYSFAKЦИИ PACJENTÓW SZPITALA GRUPY EMC SZPITALNE

Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie ankiety. Państwa opinia przyczyni się do lepszego zaspokajania potrzeb Pacjentów przez nasz personel i jednocześnie pozwoli nam na ocenę naszej pracy.

Prosimy przeczytać każde pytanie i zaznaczyć właściwą odpowiedź albo wypełnić wykropkowane pola.

Oddział, na którym Pani/Pan przebywała/ł

Długość pobytu na oddziale w dniach

Kto pokrywa Pani/Pana koszty leczenia?	<input type="checkbox"/> NFZ	<input type="checkbox"/> prywatnie	<input type="checkbox"/> inne
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	Wiek

Jak Pani/Pan ocenia?	bardzo dobrze	dobrze	źle	bardzo źle
RECEPCJA/IZBA PRZYJĘĆ				
Sposób przyjęcia i czas załatwienia formalności przy przyjęciu do szpitala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetencje i udzielanie niezbędnych informacji przez personel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czas oczekiwania w Izbie Przyjęć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troskę i wyrozumiałość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udzielenie niezbędnych informacji na temat dalszego procesu leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POBYT W ODDZIALE SZPITALNYM				
Zapoznanie z oddziałem (przekazanie informacji o rozkładzie oddziału, planie dnia, godzinach odwiedzin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czystość sal chorych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czystość łazienek i toalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czystość i stan pościeli szpitalnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dogodność pory odwiedzin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oznaczenie oddziałów, korytarzy, pracowni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIETA I POSIŁKI				
Jakość podawanych posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperaturę podawanych posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informację na temat stosowanej przez Panią/Pana diety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPIEKA LEKARSKA				
Uprzejmość i troskę personelu lekarskiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przekazywanie informacji na temat przebiegu choroby i sposobu leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informowanie o sposobie i kolejności planowanych badań i zabiegów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostępność lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANKIETA SATYSFAKЦИИ PACJENTÓW SZPITALA GRUPY EMC SZPITALE

Jak Pani/Pan ocenia?	bardzo dobrze	dobrze	źle	bardzo źle																	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA/POŁOŻNICZA /OPIEKUN MEDYCZNY																					
Uprzejmość i troskę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Informowanie o planowanych zabiegach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Komfort wykonywania zabiegów pielęgnarskich (pobieranie krwi, kroplówki, zastrzyki, opatrunki itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Poszanowanie intymności podczas zabiegów pielęgnacyjnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Szybkość reagowania na wezwania i prośby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Dostępność personelu na oddziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
PERSONEL POMOCNICZY																					
Uprzejmość i zachowanie personelu pomocniczego (sprząającego, wydającego posiłki itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
OPIEKA REHABILITACYJNA																					
Uprzejmość i troskę personelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Kompetencja i udzielanie niezbędnych informacji/porad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
BADANIA DIAGNOSTYCZNE																					
Czas oczekiwania na badania wykonywane na terenie szpitala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Wyjaśnianie celowości badania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Uprzejmość personelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
OGÓLNA OCENA SZPITALA																					
Jak Pani/Pan ocenia jakość usług świadczonych w naszym szpitalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z naszych usług?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Co spowodowało, że wybrała/ł Pani/Pan nasz szpital?	<input type="checkbox"/> lokalizacja	<input type="checkbox"/> lekarz	<input type="checkbox"/> internet	<input type="checkbox"/> prasa	<input type="checkbox"/> rodzina i znajomi																
Jak bardzo prawdopodobne jest, że poleci Pani/Pan usługi naszego szpitala swojemu znajomemu? Proszę ocenić to prawdopodobieństwo na skali od 0 do 10, gdzie 10 jest najwyższą oceną.																					
0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
Co według Pani/Pana powinniśmy zmienić lub poprawić w jakości świadczonych przez nas usług?																					
.....																					
.....																					
Jaką usługę powinniśmy dodać do naszej oferty, aby spełnić Pani/Pana oczekiwania?																					
.....																					
.....																					