

## **ODDZIAŁY SZPITALNE** **ANKIETA BADANIE SATYSFAKЦИИ PACJENTA**

### **OGÓLNE ZASADY WYPEŁNIENIA ANKIETY:**

Odpowiadając na poniższe pytania proszę wstawić znak X do odpowiedniej kratki obok wybranej odpowiedzi.

W ankiecie jest również określony poziom świadczenia w skali od 1 do 4.

Cyfra 4-ocena najwyższa, 1-ocena najniższa, przy czym poszczególne cyfry oznaczają:

- 4- poziom wysoki-ocena bardzo dobra,
- 3- poziom zadawalający-ocena dobra,
- 2- poziom przeciętny- ocena dostateczna,
- 1- poziom niezadawalający-ocena niska.

### **KWESTONARIUSZ OSOBOWY:**

- Wiek:**
- do 30 lat
  - od 31 do 50 lat
  - od 51 do 61 lat
  - powyżej 65 lat

- Wykształcenie:**
- podstawowe
  - zawodowe
  - średnie
  - wyższe

- Płeć :**
- Kobieta
  - Mężczyzna

Data wypełnienia ankiety: .....

Nazwa Oddziału w jakim Pan/Pani przebywa.....

Długość pobytu w oddziale (w dniach): .....

### CZĘŚĆ 1

#### PRZYJĘCIE PACJENTA DO SZPITALA – IZBA PRZYJĘĆ

##### Pytanie 1

Jak długo Pan/Pani czekał(a) na przyjęcie w Izbie Przyjęć?

do 20 min	od 21 do 60 minut	Powyżej 1 godziny	NIE DOTYCZY (przywiezienie karetką)

##### Pytanie 2

Jak ocenia Pan/Pani troskliwość i życzliwość personelu medycznego w Izbie Przyjęć w skali od 1 ( min) do 4( max)

	1	2	3	4
Lekarzy				
Pielęgniarek				

##### Pytanie 3

Jak ocenia Pan/Pani czystość w Izbie Przyjęć?

1	2	3	4

##### Pytanie 4

Jak ocenia Pan/Pani poszanowanie intymności?

1	2	3	4

##### Pytanie 5

Czy personel Izby Przyjęć podczas formalności przekazywał informację o trybie przyjęcia i dalszych czynnościach ( zmiana odzieży, przejście na oddział)?

TAK	NIE

### CZĘŚĆ 2

#### PRZYJĘCIE NA ODDZIAŁ

##### Pytanie 1

Czy został(a) Pan/Pani zapoznany/a z pomieszczeniami oddziału ( wskazano, gdzie znajduje się gabinet lekarski, gabinet zabiegowy, WC, łazienka, inne pomieszczenia)?

TAK	NIE

##### Pytanie 2

Czy została Pan/Pani zapoznana z harmonogramem funkcjonowania Oddziału: pory posiłków, wizyty lekarskiej, badań, zabiegów ?

TAK	NIE

**Pytanie 3**

Czy został(a) Pan/Pani zapoznany(a) z prawami pacjenta?

TAK	NIE

**Pytanie 4**

Czy jest Pan/Pani informowany(a) o aktualnej sytuacji zdrowotnej?

TAK	NIE

**Pytanie 5**

Czy personel informował Pana /Panią?

	TAK	NIE	NIE DOTYCZY
o planowanym terminie badań i zabiegów			
sposobie przygotowania się do badań i zabiegów			

**CZĘŚĆ 3**  
**OCENA PERSONELU ODDZIAŁU**

**Pytanie 1**

Czy lekarz wyrażał się do Pana/Pani w sposób zrozumiały?

TAK	NIE

**Pytanie 2**

Czy lekarz był dla Pana/Pani dostępny w razie potrzeby?

TAK	NIE

**Pytanie 3**

Czy personel pielęgniarski był dostępny w każdej chwili?

TAK	NIE

**Pytanie 4**

Czy personel pielęgniarski chętnie służy pomocą?

TAK	NIE

**Pytanie 5**

Jak długo czekał(a) Pan/Pani na reakcję personelu po zgłoszeniu bólu, gorszego samopoczucia czy innego dyskomfortu?

do 5 min	od 6 do 30 min	od 31 do 60 min	1 godzina

**Pytanie 6**

Czy badania wykonywane przez lekarza odbywały się z zachowaniem intymności i poszanowaniem godności?

TAK	NIE

**Pytanie 7**

Jak Pan/Pani ocenia jakość usług pielęgniarskich tj. pobieranie krwi, wykonywanie opatrunków, wykonywanie toalety?

1	2	3	4

**CZĘŚĆ 4**  
**OCENA POBYTU W ODDZIELE**

**Pytanie 1**

Jak Pan/Pani ocenia czystość na Oddziale ( sale chorych, sale zabiegowe, gabinety, korytarze)?

1	2	3	4

**Pytanie 2**

Jak Pan/Pani ocenia walory smakowe posiłków podawanych w oddziale w skali od 1 ( min) do 4 ( max)?

1	2	3	4

**Pytanie 3**

Jak Pan/Pani ocenia temperaturę posiłków podawanych w oddziale?

1	2	3	4

**Pytanie 4**

Jak Pan/Pani ocenia dogodność pory odwiedzin w skali od 1 ( min) do 4 ( max)?

1	2	3	4

**Pytanie 5**

Czy otrzymał(a) Pan/Pani wskazówki co do właściwej pielęgnacji czy rehabilitacji w domu po wypisie ze szpitalu?

TAK	NIE



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
**ŁUŻYCKIE CENTRUM MEDYCZNE**  
W LUBANIU SP. Z O.O.



**Pytanie 6**

Jak Pan/Pani ocenia sposób załatwienia formalności związanych z wypisem i otrzymaniem karty informacyjnej?

1	2	3	4

**Pytanie 7**

Czy poleciłaby Pan/Pani szpital rodzinie, znajomym?

TAK	NIE

**UWAGI**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Dziękuję bardzo za wypełnienie ankiety*  
*Prezes Zarządu NZOZ Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Sp. z o.o.*