

## ANKIETA BADANIA SATYSFAKCJI PACJENTA HOSPITALIZOWANEGO W 7 SZMW

Zwracamy się do państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie anonimowej ankiety dotyczącej oceny jakości usług świadczonych przez nasz Szpital. Wyniki pozwolą nam ocenić poziom świadczeń medycznych udzielanych w szpitalu oraz ich poprawę zgodnie z Państwa sugestią.

Po każdym pytaniu znajdują się cyfry od 2 do 5, które odpowiadają ocenom szkolnym.

**2-ocena negatywna; 3-poziom dostateczny -ocena przeciętna ; 4- poziom zadowalający-ocena dobra; 5-ocena bardzo dobra**

Prosimy wybrać tę cyfrę która najlepiej odpowiada Pani/a ocenie. Jeżeli nie ma Pan/i zdania na niektóre tematy, proszę je opuścić.

**W przypadku pacjentów obłożnie chorych i dzieci, prosimy opiekunów/rodziców o pomoc w wypełnieniu ankiety.**

### CZEŚĆ WSTĘPNA

data wypełnienia ankiety.....

oddział, na którym Pan/przebywał/a.....

### CZEŚĆ SZCZEGÓŁOWA

#### STOPNIE OCENY

Ocena negatywna 2	Poziom dostateczny-ocena przeciętna 3	Poziom zadowalający- ocena dobra 4	Ocena bardzo dobra 5
----------------------	---	--	-------------------------

#### I. A) PRZYJĘCIE DO SZPITALA

- Kto wydał Panu/i skierowanie do szpitala (proszę podkreślić)
  - lekarz POZ
  - lekarz specjalista
  - skierowanie z SOR/POGOTOWIA
- Jak długo oczekiwał/a Pan/i na przyjęcie do szpitala.....
- Co przede wszystkim spowodowało, że wybrał/a Pan/i właśnie nasz szpital  
.....

#### B) OCENA IZBY PRZYJĘĆ

- Szybkość załatwienia formalności w Izbie Przyjęć przy przyjęciu do szpitala

2	3	4	5
---	---	---	---

- Uprzejmość personelu Izby Przyjęć

2	3	4	5
---	---	---	---

#### II. A) POBYT W ODDZIALE SZPITALNYM

- Czy podczas przyjęcia na oddział wyczerpująco poinformowano Pana/Panią o harmonogramie dnia , topografii (rozmieszczeniu sal chorych, łazienek, gabinetów i dzwonek) i zasadach funkcjonowania oddziału

tak  nie

- Czy podczas przyjęcia na oddział wyczerpująco poinformowano Pana/Panią o sposobie przygotowania do zabiegu

tak  nie

- Czy podczas przyjęcia na oddział wyczerpująco poinformowano Pana/Panią o Prawach Pacjenta

tak  nie

#### B) OCENA WARUNKÓW POBYTU W ODDZIALE

- Czystość w sali chorych

2	3	4	5
---	---	---	---

2. Stan wyposażenia sali (łóżko, światło, stoliki, pościel, dzwonki)

2	3	4	5
---	---	---	---

3. Dostęp do łazienki, WC

2	3	4	5
---	---	---	---

4. Dostęp do telefonu, WiFi

2	3	4	5
---	---	---	---

5. Czy został/a Pan/i poinformowany/a o dostępie do depozytu rzeczy wartościowych w oddziale?

2	3	4	5
---	---	---	---

### C) OCENA POSIŁKÓW OFEROWANYCH W SZPITALU

1. Czy pora posiłków jest odpowiednia?

2	3	4	5
---	---	---	---

2. Czy temperatura posiłków ich jakość i estetyka są właściwe?

2	3	4	5
---	---	---	---

## III. OPIEKA LEKARSKA

Ocena lekarza prowadzącego / najczęściej wykonującego badania, zabiegi:

- Uważne słuchanie pacjenta

2	3	4	5
---	---	---	---

- Wyrażanie się w sposób zrozumiały dla pacjenta

2	3	4	5
---	---	---	---

- Ilość czasu poświęconego pacjentowi

2	3	4	5
---	---	---	---

## IV. POZOSTAŁY PERSONEL

### A) OCENA PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO

1. Życzliwość pielęgniarek

2	3	4	5
---	---	---	---

2. Uprzejmość pielęgniarek

2	3	4	5
---	---	---	---

3. Pielęgnowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności

2	3	4	5
---	---	---	---

**B) OPIEKA NAD OBŁOŻNIE CHORYMI** korzystałem/am o tak o nie

Jeżeli nie dotyczy proszę przejść do punktu C

1. Toaleta wieczorna, oklepywanie, talkowanie, smarowanie obłożnie chorych

2	3	4	5
---	---	---	---

• **ZAPEWNIENIE PROFILAKTYKI PRZECIWODLEŻYNOWEJ**

1. Czy miał/a Pan/i zapewnione dostatecznie częste odwracanie? (obłożnie chorzy)

o tak o nie

2. Czy miał/a Pan/i zapewnione zastosowanie udogodnień tj. kółka, podpórki, materace itp.?

o tak o nie

**C) OPIEKA REHABILITACYJNA** korzystałem/am o tak o nie

Jeżeli nie dotyczy proszę przejść do punktu V

1. Jak ocenia Pan/i sposób traktowania pacjentów przez rehabilitantów podczas wykonywania ćwiczeń usprawniających ?

2	3	4	5
---	---	---	---

2. Czy podczas pobytu w szpitalu był/a Pan/i informowany/a o procesie usprawniania (rodzaju ćwiczeń, sposobie wykonywania łącznie z instruktążem?)

o tak o nie

**V. INNE ASPEKTY POBYTU W SZPITALU**

1. Czy podczas pobytu w szpitalu udzielono wyczerpujących informacji o stanie zdrowia?

o tak o nie

2. Czy podczas pobytu w szpitalu udzielono wyczerpujących informacji o ryzyku związanym z

podejmowanym leczeniem – zabiegiem/operacją??

tak       nie

3. Czy w momentach trudnych miał/a Pan/i możliwość porozmawiania ze specjalistą (psychiatra/psycholog)?

tak       nie

4. Czy leczenie bólu jest w/g Pana/i zadowalające?

tak       nie

## VI. OCENA OGÓLNA

Czy poleciliby/a Pan/i nasz szpital swojej rodzinie, przyjaciołom

tak       nie

## VII. AKREDYTACJA

1. Czy widział/a Pan/i w szpitalu logo certyfikatu akredytacyjnego przyznawanego przez Ministra Zdrowia?

tak       nie

2. Czy według Pana/i posiadanie certyfikatu akredytacyjnego przez szpital przynosi korzyść pacjentom?

tak       nie

## VIII. METRYCZKA

Ile Pan/i ma lat?.....

Płeć.....

Wykształcenie.....

Stosunek do czynności zawodowych

pracuje       nie pracuje       emeryt       uczeń/student

Czy przebywał/a Pan/i już wcześniej w naszym szpitalu?.....