

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki.
 Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki.
 Formularz zawiera 18 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut.
 Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.

NASZA SKALA:

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

Aktualne miejsce Pana/Pani pobytu:

A00: Jakie cechy najlepiej opisują opiekę w naszej placówce? (można wybrać kilka odpowiedzi)

- | | |
|--|--|
| ☐ szacunek personelu | ☐ staranność o moją czystość i higienę |
| ☐ spokój personelu | ☐ cierpliwość personelu |
| ☐ wrażliwość personelu | ☐ uśmiech personelu |
| ☐ życzliwość personelu | ☐ brak wulgarności |
| ☐ dobroć personelu | ☐ dbałość o innych |

A01: Jak ocenia Pan/Pani sposób zaopiekowania nad Panem/Panią?

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

B01: Jak ocenia Pan/Pani uwzględnianie przez personel medyczny Pana/Pani zdania w procesie opieki?

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

B02: Jak ocenia Pan/Pani opiekę/zaangażowanie personelu naszej placówki?

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

B03: Jak ocenia Pan/Pani starania personelu w zakresie zmniejszania bólu?
 (pomiń jeśli nie dotyczy)

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

C01: Jak ocenia Pan/Pani dbałość personelu o Pana/Pani stan zdrowia?

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

C02: Jak ocenia Pan/Pani warunki pobytu w naszej placówce?

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

C03: Jak ocenia Pan/Pani stosowanie przez personel udogodnień takich jak wanna do kąpieli / podnośnik i inne? (pomiń jeśli nie dotyczy)

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

D01: Jak ocenia Pan/Pani wyżywienie w naszej placówce?

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

D02: Jak ocenia Pan/Pani czystość w naszej placówce?

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

D03: Jak ocenia Pan/Pani zorganizowanie w naszej placówce czasu wolnego?

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

E01: Jak ocenia Pan/Pani wrażliwość naszego personelu na Pana/Pani indywidualne potrzeby?

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

F01: Czy poleciliby Państwo naszą placówkę znajomym lub rodzinie?

Zdecydowanie NIE POLECAM 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Zdecydowanie POLECAM

G01: Płeć pacjenta:

Kobieta ☐

Mężczyzna ☐

G02: Wiek pacjenta:

Poniżej 18 lat ☐ 18-39 lat ☐ 40 -59 lat ☐ 60 -79 lat ☐ 80 lat i więcej ☐

U01: Co Pana/Pani zdaniem działa najlepiej w naszej placówce?

U02: Czy jest coś, co moglibyśmy poprawić



Ministerstwo
Zdrowia