

# SP ZOZ w Brzesku

## Ankieta oddziały

Szanowni Państwo

W trosce o poprawę jakości udzielanych przez nasz SP ZOZ świadczeń zdrowotnych została opracowana ankieta zadowolenia pacjenta. W związku z tym Dyrekcja SP ZOZ w Brzesku zwraca się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza ankiety.

Niniejsze badanie jest anonimowe, a jego wyniki będą dla nas cenną wskazówką, które obszary działalności szpitala oraz ambulatoryjnej opieki medycznej powinny ulec poprawie.

*Dziękuję*  
*Dyrektor SP ZOZ w Brzesku*

### 1. ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

3. 1. Wiek  (wymagane)
4. 2. Płeć
5.  Mężczyzna  Kobieta
6. 3. Miejsce zamieszkania
7.  Miasto  Wieś
8. 4. Wykształcenie  (wymagane)
9. 5. Kto skierował do Oddziału  (wymagane)
10. 6. Oddział

### I PRZYJĘCIE DO SZPITALA

2. I.1. Przyjęcie do szpitala - Warunki pobytu w Punkcie Przyjęć Planowych (PPP)
3.  Bardzo dobre  Dobre  Raczej dobre  Złe  Bardzo złe
4. I.2. Przyjęcie do szpitala - Zachowanie personelu w Punkcie Przyjęć Planowych (PPP)
5.  Bardzo dobre  Dobre  Raczej dobre  Złe  Bardzo złe
6. I.3. Przyjęcie do szpitala - Warunki przeprowadzania wywiadu przez pielęgniarkę
7.  Bardzo dobre  Dobre  Raczej dobre  Złe  Bardzo złe
8. I.4. Przyjęcie do szpitala - Warunki przeprowadzania badania przez lekarza
9.  Bardzo dobre  Dobre  Raczej dobre  Złe  Bardzo złe
10. I.5. Przyjęcie do szpitala - Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala: ( właściwe wybierz )

### II PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU

1. II.1.a Przyjęcie do oddziału - Czy pokazano Pani/Panu topografię oddziału, tzn. lokalizację gdzie znajduje się: pokój lekarski

2.  TAK  NIE
3. II.1.b Przyjęcie do oddziału - Czy pokazano Pani/Panu topografię oddziału, tzn. lokalizację gdzie znajduje się: punkt pielęgniarski
4.  TAK  NIE
5. II.1.c Przyjęcie do oddziału - Czy pokazano Pani/Panu topografię oddziału, tzn. lokalizację gdzie znajduje się: gabinet zabiegowy
6.  TAK  NIE
7. II.1.d Przyjęcie do oddziału - Czy pokazano Pani/Panu topografię oddziału, tzn. lokalizację gdzie znajduje się: łazienka
8.  TAK  NIE
9. II.1.e Przyjęcie do oddziału - Czy pokazano Pani/Panu topografię oddziału, tzn. lokalizację gdzie znajduje się: WC
10.  TAK  NIE
11. II.2.a Przyjęcie do oddziału - Czy zapoznano Panią/Pana w oddziale z: Regulaminem oddziału
12.  TAK  NIE
13. II.2.b Przyjęcie do oddziału - Czy zapoznano Panią/Pana w oddziale z: Kartą Praw Pacjenta
14.  TAK  NIE
15. II.2.c Przyjęcie do oddziału - Czy zapoznano Panią/Pana w oddziale z: Procedurą składania skarg i wniosków
16.  TAK  NIE
17. II.3. Przyjęcie do oddziału - Kto Panią / Pana zaprowadził na oddział szpitalny? (wybierz właściwe)  ▼

### III WARUNKI POBYTU W ODDZIALE

1. III.1. Jak ocenia Pani/Pan warunki pobytu w oddziale: czystość
2.  Bardzo dobrze  Dobrze  Raczej dobrze  Źle  Bardzo źle
3. III.2. Jak ocenia Pani/Pan warunki pobytu w oddziale: estetyka
4.  Bardzo dobrze  Dobrze  Raczej dobrze  Źle  Bardzo źle
5. III.3. Jak ocenia Pani/Pan warunki pobytu w oddziale: łóżko
6.  Bardzo dobrze  Dobrze  Raczej dobrze  Źle  Bardzo źle
7. III.4. Jak ocenia Pani/Pan warunki pobytu w oddziale: pościel
8.  Bardzo dobrze  Dobrze  Raczej dobrze  Źle  Bardzo źle
9. III.5. Jak ocenia Pani/Pan warunki pobytu w oddziale: dostęp do telefonu
10.  Bardzo dobrze  Dobrze  Raczej dobrze  Źle  Bardzo źle
11. III.6. Jak ocenia Pani/Pan warunki pobytu w oddziale: dostęp do sanitariatów ( WC, prysznic)
12.  Bardzo dobrze  Dobrze  Raczej dobrze  Źle  Bardzo źle

### IV WYŻYWIENIE

1. IV.1. Wyżywienie - Czy przestrzegany był czas podawania posiłków ?
2.  TAK  Raczej TAK  NIE
3. IV.2. Wyżywienie - Czy temperatura posiłków była odpowiednia ?
4.  TAK  Raczej TAK  NIE
5. IV.3. Wyżywienie - Czy jedzenie było smaczne?
6.  TAK  Raczej TAK  NIE

## V OPIEKA PIELEŃNIARSKA

1. V.1. Opieka pielęgniarska - Czy wg Pani/Pana pielęgniarki/położne były uprzejme ?
2.  TAK  Raczej TAK  ONIE
3. V.2. Opieka pielęgniarska - Czy pielęgniarki/położne zawsze przychodziły w odpowiednim czasie na wezwania ?
4.  TAK  Raczej TAK  ONIE
5. V.3. Opieka pielęgniarska - Czy zapewniona była opieka pielęgniarki / położnej w dzień i w nocy?
6.  TAK  Raczej TAK  ONIE
7. V.4. Opieka pielęgniarska - Czy podczas pielęgnowania zachowane były warunki intymności i szacunku?
8.  TAK  Raczej TAK  ONIE

## VI OPIEKA LEKARSKA

1. VI.1. Opieka lekarska - Czy wg Pani/Pana lekarz był uprzejmy ?
2.  TAK  Raczej TAK  ONIE
3. VI.2. Opieka lekarska - Czy wg Pani/Pana ilość czasu poświęcona przez lekarza dla Pani/Pana była wystarczająca ?
4.  TAK  Raczej TAK  ONIE
5. VI.3. Opieka lekarska - Czy uzyskiwała Pani/Pan pomoc na poruszane problemy zdrowotne ?
6.  TAK  Raczej TAK  ONIE
7. VI.4. Opieka lekarska - Czy uzyskiwała Pani/Pan wyczerpującą i przystępną informację o swoim stanie zdrowia?
8.  TAK  Raczej TAK  ONIE
9. VI.5. Opieka lekarska - Czy poznała Pani/Pan nazwisko lekarza prowadzącego?
10.  TAK  Raczej TAK  ONIE
11. VI.6. Opieka lekarska - Czy podczas badania zachowane były warunki intymności i poszanowania godności?
12.  TAK  Raczej TAK  ONIE

## VII DIAGNOSTYKA

1. VII.1. Diagnostyka - Czy uważa Pani/Pan że czas oczekiwania na badania był krótki?
2.  TAK  Raczej TAK  ONIE
3. VII.2. Diagnostyka - Czy podpisała Pani/Pan zgodę na przeprowadzenie badania diagnostycznego, po uzyskaniu zrozumiałych informacji?
4.  TAK  Raczej TAK  ONIE
5. VII.3. Diagnostyka - Czy w czasie badania została zachowana intymność i poszanowanie godności ?
6.  TAK  Raczej TAK  ONIE
7. VII.4. Diagnostyka - Czy wykonywane przez personel medyczny badania były przeprowadzane sprawnie ?
8.  TAK  Raczej TAK  ONIE
9. VII.5. Diagnostyka - Czy otrzymała Pani / Pan wyczerpujące informacje o sposobie przygotowania do badań?
10.  TAK  Raczej TAK  ONIE
11. VII.6. Diagnostyka - Czy została Pani / Pan poinformowana o wystąpieniu ewentualnych powikłań po badaniu diagnostycznym?
12.  TAK  Raczej TAK  ONIE

13. VII.7. Diagnostyka - Czy została Pani / Pan poinformowany przed zabiegiem operacyjnym o sposobach monitorowania natężenia bólu i metodach jego uśmierzenia?
14.  TAK  Raczej TAK  NIE
15. VII.8. Diagnostyka - Czy zaangażowanie personelu w monitorowanie przez Panią/Pana odczuwanego bólu pooperacyjnego było wystarczające?
16.  TAK  Raczej TAK  NIE

#### VIII ODWIEDZINY

1. VIII.1. Odwiedziny - Czy wystarczająco dużo jest czasu przeznaczonego na odwiedziny?
2.  TAK  Raczej TAK  NIE
3. VIII.2. Odwiedziny - Czy wg Pani/Pana zapewnione są odpowiednie warunki odwiedzin ?
4.  TAK  Raczej TAK  NIE
5. VIII.3. Odwiedziny - Czy wg Pani/Pana zapewniony jest odpowiedni dostęp do parkingu ?
6.  TAK  Raczej TAK  NIE

#### IX OGÓLNE

1. IX.1. Czy poleciłaby Pani/Pan brzeski szpital swojej rodzinie, znajomym?
2.  TAK  Raczej TAK  Raczej NIE  NIE
3. IX.2. Czy wróciłaby/wróciłby Pani/Pan do naszego szpitala, jeśli zaistniałaby potrzeba ponownej hospitalizacji?
4.  TAK  Raczej TAK  Raczej NIE  NIE
5. IX.3. Czy spotkała się Pani/Pan z funkcjonowaniem korupcji?
6.  TAK  NIE  NIE chcę odpowiadać na to pytanie

7. X. Uwagi własne

Wyślij

[cforms contact form by delicious:days](#)