

	FORMULARZ		FZSZ- 4.1
	ANKIETA BADANIA POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTA SZPITALA		
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA		DATA 01.06.2017

ANKIETA

Szanowni Państwo.

W trosce o stałe podnoszenie jakości pracy Szpitala Rejonowego w Raciborzu oraz w celu zapewnienia jak najlepszego zaspakajania potrzeb i oczekiwań pacjentów, zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie niniejszej ankiety.

Wypełnione ankiety prosimy składać do oznaczonej skrzynki w oddziale szpitalnym lub holu głównym Szpitala.

Ogólne zasady wypełnienia ankiety:

Przy każdym pytaniu w ankiecie określony jest poziom świadczeń w skali 1-4 (cyfra 4 – ocena najwyższa, 1 – ocena najniższa), przy czym poszczególne cyfry oznaczają:

4 – poziom bardzo wysoki

3 – poziom wysoki

2 – poziom w normie

1 – poziom niezadowolający

Należy oznaczyć krzyżykiem wybraną ocenę.

Można odpowiedzieć na wszystkie pytania lub tylko na część.

* (niepotrzebne skreślić)

Dane o pacjencie:

Wiek lat

Wykształcenie

Płeć: kobieta / mężczyzna*

Jeżeli Pani/Pan uważa, że można podać dalsze dane osobowe, to proszę to uczynić

Nazwa oddziału w jakim Pani/Pan przebywał

Ile wynosił czas oczekiwania na leczenie szpitalne dni

1. Przyjęcie do szpitala:

Cecha	1	2	3	4
Szybkość załatwienia formalności w Izbie Przyjęć				
Czy informacje i wyjaśnienia personelu były wyczerpujące				
Uprzejmość i życzliwość personelu Izby Przyjęć				

2. Sala chorych:

Cecha	1	2	3	4
Stan wyposażenia (oświetlenie, umywalki, itp.)				
Ogólne warunki na sali (czystość, wygoda, temperatura)				
Reakcja personelu na prośby i interwencje pacjenta				

3. Posiłki:

Cecha	1	2	3	4
Ogólna jakość posiłków				
Przestrzeganie czasu wydawania posiłków				
Czy temperatura posiłków jest odpowiednia				
Czy jest zagwarantowana pomoc przy podaniu posiłków dla osób ciężko chorych				

	FORMULARZ		FZSZ- 4.1
	ANKIETA BADANIA POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTA SZPITALA		Strona 2/2
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.06.2017	WYDANIE 1

4. Opieka pielęgniarska:

Cecha	1	2	3	4
Uprzejmość pielęgniarek i kultura osobista				
Czas poświęcony Pani/Panu przez pielęgniarki				
Reakcja na prośbę o pomoc pacjenta				

5. Opieka lekarska:

Cecha	1	2	3	4
Czasu poświęcony Pani/Panu przez lekarzy				
Uprzejmość i kultura osobista lekarzy				
Zaufanie do lekarzy				
Czy uzyskano wypis w dniu wyjścia ze szpitala	TAK / NIE *			

6. Diagnostyka:

Cecha	1	2	3	4
Czy badania diagnostyczne były przeprowadzone sprawnie i terminowo				
Czy zostały przekazane informacje o celu i wyniku badań				
Uprzejmość personelu w pracowniach diagnostycznych				

7. Ocena szpitala:

Cecha	1	2	3	4
Ogólna ocena szpitala				

8. Prawa Pacjenta:

Cecha	1	2	3	4
Sposób poinformowania o obowiązującym Regulaminie Organizacyjnym i przysługujących Prawach i Obowiązках Pacjenta				
Zostałem/am poinformowany/a o możliwości zapoznania się z obowiązującym Regulaminem Organizacyjnym Szpitala i przysługującymi mi Prawami i Obowiązками Pacjenta	TAK / NIE *			

9. Czy wśród personelu Szpitala są osoby, które szczególnie zasługują na wyróżnienie. Jeżeli Pani/Pan tak uważa, to można podać imię i nazwisko tej osoby

10. Uwagi

.....

.....

.....

11. Data wypełnienia ankiety

Dziękuję bardzo za wypełnienie ankiety