

ANKIETA ZADOWOLENIA PACJENTA

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY / ZAKŁAD OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Szanowni Państwo!

Pragniemy poznać Państwa zdanie na temat jakości świadczeń medycznych udzielanych w naszym Zakładzie. Opinia ta, jest niezbędna abyśmy mogli wychodzić naprzeciw Państwa oczekiwaniom, a także realizować świadczenia na jak najwyższym poziomie. Będziemy wdzięczni za uzupełnienie ankiety i wyrażenie własnych sugestii. Ankieta jest w pełni **anonimowa**, a wyciągnięte z niej wnioski pozwolą nam podjąć działania mające na celu podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w naszej placówce.

1. Czy przed przyjęciem do ZOL/ZOD uzyskała Pani/Pan od personelu naszej placówki wyczerpujące informacje na temat zasad pobytu pacjentów w placówce?

tak nie

2. Jak ocenia Pani/Pan obsługę personelu medycznego. Czy personel medyczny jest uprzejmy i życzliwy wobec pacjentów?

tak nie

3. Jak ocenia Pani/Pan dbałość personelu o zapewnienie intymności i poszanowania godności pacjenta podczas wykonywanych badań i zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych?

bardzo dobrze dobrze źle

4. Czy personel szybko reaguje na prośby i wezwania pacjenta/rodziny pacjenta?

tak nie

5. Czy lekarz jest dostępny w sytuacji wymagającej udzielenia pomocy?

tak nie

6. Jak ocenia Pani/Pan posiłki podawane pacjentom w placówce?

bardzo dobrze dobrze źle

7. Jak ocenia Pani/Pan kontakt z lekarzem prowadzącym, sposób przekazywania wyjaśnień i informacji o stanie zdrowia pacjenta, planowanych badaniach i leczeniu?

bardzo dobrze dobrze źle

8. Jak ocenia Pani/Pan zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentowi i zaufanie do personelu?

bardzo dobrze dobrze źle

9. Czy poleciłaby Pani/Pan naszą placówkę innym pacjentom?

tak nie

10. Czy według Pani/ Pana brakuje czegoś w ZOL/ZOD, co mogłoby pomóc w opiece długoterminowej nad pacjentami?

tak nie

Jeżeli TAK, to proszę krótko opisać co możemy poprawić.

.....

Serdecznie dziękujemy za wypełnienie ankiety!!!