

ANKIETA BADANIA OPINII PACJENTA

„Zdrowie i życie człowieka jest naszą największą troską”

Szanowni Państwo

(Załącznik Nr 1 do Zarządzenia 53/2019)

Prezentowany kwestionariusz ankiety jest narzędziem pozwalającym na poznanie Państwa opinii na temat jakości usług świadczonych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim.

Zebrałe informacje będą podstawą do wdrożenia działań przyczyniających się do zwiększenia stopnia spełnienia Państwa oczekiwań. W każdym pytaniu proszę dokonać wyboru tylko jednej odpowiedzi zgodnie z własnymi odczuciami.

Ankieta jest anonimowa. Zachęcamy do wyrażenia szczyrych opinii.

Oddział Szpitalny na którym Pani / Pan przebywa

(Wymagane)

Co spowodowało, że wybrała/ł Pani/ Pan właśnie Nasz Szpital?

| | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Polecenie przez rodzinę/znajomych | <input type="checkbox"/> | Dogodna lokalizacja | <input type="checkbox"/> |
| Sugestia lekarza kierującego | <input type="checkbox"/> | Nowoczesny sprzęt medyczny i diagnostyczny | <input type="checkbox"/> |
| Możliwość leczenia u wybranego lekarza | <input type="checkbox"/> | Wykwalifikowana kadra | <input type="checkbox"/> |
| | | Nie miałam/em wpływu na wybór szpitala | <input type="checkbox"/> |

Czy była/ł Pani/Pan zadowolona/y?:

I. Z DOSTĘPU DO OBIEKTU

| | Nie dotyczy | Bardzo zadowolona/y | Zadowolona/y | Niezadowolona/y | Bardzo niezadowolona/y |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Oznakowania zewnętrznego budynku. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Oznakowanie wewnętrznego budynku. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Parkingu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II * Z PRZYJĘCIA W PUNKCIE PRZYJĘĆ PLANOWYCH

III * Z PRZYJĘCIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

NIE DOTYCZY

* Proszę zaznaczyć właściwe miejsce przyjęcia do szpitala

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Z czasu oczekiwania na zapisy do szpitala. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Z troski o pacjenta i uprzejmość personelu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Z dbałości o zapewnienie intymności. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Z warunków lokalowych izby przyjęć/SOR. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Z informacji przekazywanych przez personel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. Z OPIEKI I KOMUNIKACJI Z PERSONELEM LEKARSKIM

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Z informacji uzyskanych z na temat stanu zdrowia, planowanych sposobów leczenia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Z informacji na temat postępów leczenia i wynikach badań. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Z informacji o ryzyku związanym z leczeniem, badaniami. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Z poszanowania intymności podczas wykonywania badania, udzielania informacji. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Z troski i zainteresowania pacjentem. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Z punktualności lekarzy. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Z informacji o przebiegu operacji i jej wyniku. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Z terapii przeciwbólowej. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ze sposobu przekazywania zaleceń dotyczących postępowania po wypisie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wypełniają pacjenci, którzy byli nieprzytomni w trakcie przyjęć do szpitala, lub zostali przewiezieni na oddział/salę operacyjną

Jeżeli w czasie obecnego pobytu nie była Pani/Pan operowana/-y to proszę w pytaniu 15 proszę zaznaczyć odpowiedź „nie dotyczy”

V. Z OPIEKI I KOMUNIKACJI Z PERSONELEM PIEŁĘGNIARSKIM/POŁOŻNICZYM/RATOWNICZYM

| | Nie dotyczy | Bardzo zadowolona/y | Zadowolona/y | Niezadowolona/y | Bardzo Niezadowolona/y |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. Z informacji o prawach pacjenta i regulaminu oddziału. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Z uprzejmości i zachowania personelu, z okazywanej troski i zainteresowania pacjentem. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Z organizacji sposobu przyjęcia do oddziału. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Z informacji o celu, sposobie przygotowania się i przebiegu wykonywanych zabiegów. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Z poszanowania prywatności i intymności podczas wykonywania czynności piel./poł. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Z poziomu i fachowości udzielanej pomocy. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Z szybkości reagowania na prośby pacjenta w tym na wezwanie przy pomocy dzwonka. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



VI. Z OPIEKI, OBSŁUGI I KOMUNIKACJI Z PERSONELEM POMOCNICZYM (dot. opiekunów medycznych, per. sprzątającego)

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Z uprzejmości i zachowania wobec pacjenta. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Z zachowania ciszy i spokoju podczas wykonywanych prac. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Z pomocy przy spożywaniu posiłków (w razie potrzeby – opiekun med.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VII. Z WARUNKÓW LOKALOWYCH I WYŻYWIENIA

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28. Z wyposażenia i czystości w salach chorych. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Z czystości i wyposażenia w pomieszczeniach sanitarnych. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Z oferowanych w szpitalu posiłków. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Jak ocenia Pani/Pan posiłki dietetyczne w trakcie hospitalizacji (jeżeli były zalecone). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VIII. OGÓLNA OCENA POBYTU W SZPITALU

|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|------------------|
| | zdecydowanie tak | | | tak | | | Raczej tak | | | Nie | | | Zdecydowanie nie |
| Czy nasz Szpital godny jest polecenia rodzinie/znajomym? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

JAK OCENIA PANI/PAN POBYT W NASZYM SZPITALU? – EWENTUALNE UWAGI.

.....

.....

.....

JAKIE ZMIANY CHCIAŁ(A)BY PANI/PAN WPROWADZIĆ W NASZEJ PLACÓWCE?

.....

.....

.....

| | | | | | |
|---------------|------------|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Wiek: | Płeć:..... | Kobieta | <input type="checkbox"/> | Mężczyzna | <input type="checkbox"/> |
| Wykształcenie | | Podstawowe | <input type="checkbox"/> | Pomaturalne | <input type="checkbox"/> |
| | | Zawodowe | <input type="checkbox"/> | Wyższe | <input type="checkbox"/> |
| | | Średnie | <input type="checkbox"/> | | |