

Ankieta satysfakcji pacjenta

Szanowni Pacjenci,

Zwracamy się do Państwa z prośbą o ocenę jakości usług medycznych świadczonych w Klinice Promienista. Państwa uwagi oraz rzetelna ocena są dla nas bardzo ważne przy wprowadzaniu zmian poprawiających jakość naszych usług i zwiększających komfort pobytu Pacjenta. Ankieta jest anonimowa, prosimy o szczere wypowiedzi.

Z wyrazami szacunku,
Dyrekcja i Pracownicy

I. Informacje ogólne:

1. Wiek (w latach): _____
2. Płeć : Kobieta Mężczyzna
3. Czy był to pierwszy pobyt w Klinice: Tak Nie Który? _____
4. Co było dla Pana/Pani źródłem informacji o naszej placówce?
 - lekarz
 - znajomi
 - bezpośrednia wizyta w Klinice
 - Internet
 - ulotki
 - inne jakie? _____
5. Jaki czynnik wpłynął na wybór naszej Kliniki?
 - wysoko wykwalifikowana kadra
 - czas oczekiwania na zabieg
 - opinia znajomych
 - nowoczesny sprzęt medyczny
 - możliwość leczenia u wybranego lekarza
 - inny jaki? _____

II. Rejestracja i przyjęcie do Kliniki

1. Jak ocenia Pan/Pani (w skali punktów od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze):

- Czas załatwiania formalności przy przyjęciu do Kliniki 1 2 3 4 5
- Organizację sposobu przyjęcia na oddział 1 2 3 4 5
- Życzliwość personelu w rejestracji 1 2 3 4 5
- Profesjonalizm personelu w rejestracji 1 2 3 4 5
- Życzliwość lekarza przyjmującego 1 2 3 4 5
- Profesjonalizm lekarza przyjmującego 1 2 3 4 5
- Czas poświęcony Pacjentowi przez lekarza 1 2 3 4 5

2. Czy przy przyjęciu poinformowano wystarczająco o:

- Prawach Pacjenta Tak Nie
- Regulaminie Kliniki Tak Nie
- Proponowanym leczeniu Tak Nie
- Ryzyku związanym z leczeniem Tak Nie

UWAGI:

III. Oddział

1. Jak ocenia Pan/Pani (w skali punktów od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze):

- Życzliwość personelu pielęgniarskiego 1 2 3 4 5
- Profesjonalizm personelu pielęgniarskiego 1 2 3 4 5
- Zapewnienie intymności i godności osobistej podczas zabiegów wykonywanych przez personel pielęgniarski 1 2 3 4 5
- Szybkość reakcji personelu pielęgniarskiego na wezwanie 1 2 3 4 5
- Dostępność pielęgniarki w dzień 1 2 3 4 5
- Dostępność pielęgniarki w nocy 1 2 3 4 5
- Sposób przekazywania informacji przez lekarza 1 2 3 4 5
- Dostępność lekarza 1 2 3 4 5
- Warunki do snu i odpoczynku 1 2 3 4 5
- Wyposażenie sal chorych 1 2 3 4 5
- Możliwość odwiedzin Pacjentów 1 2 3 4 5

2. Czy uzyskał Pan/Pani przy wypisie wyczerpujące informacje o:

- Stanie zdrowia Tak Nie
- Przebiegu dalszego leczenia Tak Nie
- Diety Tak Nie
- Terminie wizyty kontrolnej Tak Nie
- Terminie odbioru wyników badań histopatologicznych Tak Nie

UWAGI:

IV. Rehabilitacja

1. Czy korzystała Pani/Pan z rehabilitacji w czasie pobytu na oddziale? Tak Nie
2. Czy planuje Pani /Pan dalszą rehabilitację w Klinice Promienistej? Tak Nie
3. Czy planuje Pani/Pan dalszą rehabilitację w domu? Tak Nie
 - Z rehabilitantem z Kliniki Promienistej Tak Nie Nie wiem
 - Z innym rehabilitantem Tak Nie Nie wiem
4. Jak Pan/Pani ocenia kulturę osobistą rehabilitanta? 1 2 3 4 5
5. Jak Pan/Pani ocenia uprzejmość rehabilitanta? 1 2 3 4 5
6. Jak Pan/Pani ocenia profesjonalizm rehabilitanta? 1 2 3 4 5
7. Czy została Pan/Pani poinformowany o przebiegu terapii i sposobie leczenia? Tak Nie

UWAGI:

V. Psycholog

1. Czy w czasie pobytu na oddziale korzystała Pani/Pan z pomocy psychologa?
Tak Nie
2. Czy uważa Pani/Pan, że pomoc psychologa jest niezbędna w czasie pobytu na oddziale?
Tak Nie Nie wiem

UWAGI:

.....

VI. Posiłki

1. Jak ocenia Pan/Pani (w skali punktów od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze):
 - Czas wydawania posiłków 1 2 3 4 5
 - Urozmaicenie wydawanych posiłków 1 2 3 4 5
 - Temperatura podawanych posiłków 1 2 3 4 5

UWAGI:

.....

VII. Czystość:

1. Jak ocenia Pan/Pani (w skali punktów od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze):
 - Czystość w salach chorych i łazienkach 1 2 3 4 5
 - Czystość w gabinetach lekarskich 1 2 3 4 5
 - Czystość w ogólnodostępnych pomieszczeniach Kliniki 1 2 3 4 5
 - Uprzejmość Salowych wobec Pacjentów 1 2 3 4 5

UWAGI:

.....

VIII. Ocena ogólna

1. Czy w czasie hospitalizacji miał Pan/Pani zapewnione optymalne warunki pobytu?
Tak Nie
2. Czy w razie potrzeby wybrałby Pan/Pani naszą placówkę ponownie?
Tak Nie Nie wiem
3. Czy poleciłby Pan/Pani naszą Klinikę innym?
Tak Nie Nie wiem

UWAGI:

.....

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!