

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

Oddział REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ – ODCINEK „B”

Szanowni Państwo zwracamy się z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Gwarantujemy pełną anonimowość odpowiedzi. Państwa ocena satysfakcji z pobytu na oddziale posłuży do opracowania programu poprawy jakości opieki w naszym Szpitalu.

Proszę wstawić X przy wybranej odpowiedzi - przy czym 1 = bardzo źle, 2 = źle, 3 = zadowolająco, 4 = dobrze, 5 = bardzo dobrze)

I. Przyjęcie do szpitala – sekretariat medyczny

| A. | Przyjęcie do Szpitala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1. | Jak ocenia Pan/i sprawność przebiegu procedury przyjęcia do Szpitala (czas, formalności) | | | | | |
| 2. | Jak ocenia Pan/i komunikatywność, uprzejmość oraz podejście do Pacjenta w sekretariacie medycznym. | | | | | |
| 3. | Jak ocenia Pan/i dostęp i jakość informacji na tablicach informacyjnych oraz oznakowanie wewnątrz Szpitala | | | | | |

II. Pobyt w oddziale szpitalnym

| A. | Przyjęcie na oddział | Tak | Nie |
|----|---|-----|-----|
| 1. | Czy na oddziale został/a Pan/i zapoznany/a z topografią oddziału (wskazano gdzie znajduje się pokój lekarski, gabinet zabiegowy, łazienka, inne pomieszczenia)? | | |
| 2. | Czy został/a Pan/i poinformowany/a o Prawach Pacjenta i dostępności Karty Praw Pacjenta? | | |
| 3. | Czy na oddziale został/a Pan/i zapoznany/a z obowiązującymi harmonogramem dnia? | | |
| 4. | Czy lekarz, który się Panem\nią opiekował przedstawił się z imienia i nazwiska? | | |
| 5. | Czy wyraził/a Pan/i świadomą zgodę na proponowane badania diagnostyczne i metody leczenia? | | |

| B. | Warunki / samopoczucie podczas pobytu na oddziale | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 6. | Czystość w sali chorych | | | | | |
| 7. | Czystość w toalecie | | | | | |
| 8. | Czystość i estetyczność bielizny pościelowej | | | | | |
| 9. | Jakość posiłków | | | | | |
| 10. | Temperatura podawanych posiłków | | | | | |
| 11. | Zapewnienie ciszy i spokoju | | | | | |
| 12. | Identyfikowalność personelu | | | | | |
| 13. | Oznakowanie pomieszczeń | | | | | |
| 14. | Możliwość korzystania z usług duszpasterskich | | | | | |

| C. | Opieka lekarska | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 15. | Dostępność lekarzy w razie potrzeby | | | | | |
| 16. | Przekazywanie informacji o przebiegu choroby | | | | | |
| 17. | Uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania przez lekarzy | | | | | |
| 18. | Zapewnienie intymności podczas badań | | | | | |
| 19. | Kultura rozmowy lekarzy z pacjentem | | | | | |
| 20. | Udzielanie informacji o rodzaju planowanych zabiegów | | | | | |

| D. | Opieka pielęgniarska | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 21. | Dostępność pielęgniarek w razie potrzeby | | | | | |
| 22. | Uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania przez pielęgniarki | | | | | |
| 23. | Kultura rozmowy pielęgniarek z pacjentem | | | | | |
| 24. | Zapewnienie intymności podczas czynności pielęgnacyjnych | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|--|
| 25. | Reakcja na prośby chorych | | | | | |
| 26. | Szybkość reagowania na wezwanie (dzwonek) | | | | | |

| D. Opieka fizjoterapeuty | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 27. Informowanie o przeprowadzanej rehabilitacji | | | | | |
| 28. Uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania | | | | | |
| 29. Kultura rozmowy fizjoterapeuty z pacjentem | | | | | |
| 30. Zapewnienie intymności podczas zabiegów fizykoterapii | | | | | |
| 31. Reakcja na prośby pacjenta, indywidualne podejście do pacjenta | | | | | |

| E. Opieka psychologa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 32. Informowanie o przeprowadzanej terapii psychologicznej | | | | | |
| 33. Uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania | | | | | |
| 34. Kultura rozmowy psychologa z pacjentem | | | | | |
| 35. Zapewnienie intymności podczas terapii psychologicznej | | | | | |
| 36. Reakcja na prośby pacjenta, indywidualne podejście do pacjenta | | | | | |

| F. Opieka logopedy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 37. Informowanie o przeprowadzanej terapii logopedycznej | | | | | |
| 38. Uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania | | | | | |
| 39. Kultura rozmowy logopedy z pacjentem | | | | | |
| 40. Zapewnienie intymności podczas terapii | | | | | |
| 41. Reakcja na prośby pacjenta, indywidualne podejście do pacjenta | | | | | |

| G. Opieka terapeuty zajęciowego | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 42. Uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania | | | | | |
| 43. Kultura rozmowy terapeuty zajęciowego z pacjentem | | | | | |
| 44. Reakcja na prośby pacjenta, indywidualne podejście do pacjenta | | | | | |
| 45. Sposób i forma prowadzenia terapii | | | | | |

| H. Salowe / sanitariusze | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 46. Zachowanie ciszy i spokoju podczas wykonywania prac | | | | | |
| 47. Uprzejmość i zachowanie wobec pacjenta | | | | | |
| 48. Reakcja na prośby pacjenta, indywidualne podejście do pacjenta | | | | | |

| I. Dostęp do informacji i wsparcie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 49. Czy podczas pobytu na oddziale udzielono Panu/i wyczerpujących informacji o sposobach leczenia (np. działanie leków, informacje o zabiegach)? | | | | | |
| 50. Czy podczas pobytu na oddziale udzielono Panu/i informacji o ryzyku związanym z podejmowanym leczeniem (np. objawach ubocznych, zmianie leczenia farmakologicznego, zmianie sposobu leczenia)? | | | | | |

| III. Wypis ze szpitala | | Tak | Nie |
|-------------------------------|---|-----|-----|
| 1. | Czy otrzymał/a Pan/i przy wypisie dokumentację (kartę informacyjną, zwolnienie lekarskie, wymagane zaświadczenia, recepty)? | | |
| 2. | Czy otrzymał/a Pan/i przy wypisie ze szpitala informacje o przebytych leczeniu, jego kontynuacji, rehabilitacji? | | |
| 3. | Czy otrzymał/ a Pan/i przy wypisie ze szpitala zalecenia dotyczące diety i trybu życia? | | |
| 4. | Czy jest Pan/i zadowolony/ a z poprawy zdrowia uzyskanego w oddziale? | | |
| 5. | Czy Szpital jest godny polecenia rodzinie / znajomym? | | |

| | | | | | | |
|----|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 6. | Jak ocenia Pan/i pobyt w Szpitalu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|------------------------------------|---|---|---|---|---|

Uwagi dotyczące pobytu:

.....

.....

.....

.....

Metryczka: **wiek:**lat **pleć:** mężczyzna kobieta

Wykształcenie: wyższe średnie zawodowe Podstawowe

Miejsce zamieszkania: miasto wieś

Pobyt w szpitalu: pierwszy raz kolejny raz

Dziękujemy za wypełnienie ankiety