**ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA 2017 r.**

***Szanowni Państwo!!***

***Jako Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach pragniemy poznać Państwa zdanie na temat świadczonych przez nas usług medycznych. Opinia ta jest nam niezbędna do tego, by doskonalić jakość oraz wychodzić naprzeciw Państwa oczekiwaniom. Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety poprzez wybranie odpowiedzi zgodnej z Państwa odczuciami.***

*Ankieta jest w pełni anonimowa!!!*

Okres prowadzenia badania:

**Informacje ogólne:**

1. **Wiek**: □ od 20 do 45 lat □ od 46-60 lat □ powyżej 61 lat

**Płeć:** □kobieta □ mężczyzna

1. **Oddział, na którym Pan/Pani przebywa**: □ Oddział I □ Oddział II □ Oddział III

**Informacje o pobycie w szpitalu:**

Właściwą odpowiedź proszę **zaznaczyć kółkiem lub udzielić odpowiedzi.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | Pytania | Odpowiedzi |
| **1.** | **PRZYJĘCIE DO SZPITALA** |  |  |  |  |
|  | Jak długo czekał Pan/Pani na przyjęcie do Szpitala w Izbie przyjęć ? | do 10 minut | 10-20 min. | 20-30 min. | powyżej 30 min. |
|  | W przypadku odpowiedzi powyżej 30 minut proszę podać powody długiego czasu oczekiwania na przyjęcie do Szpitala: |
| Duża liczba osób oczekujących na przyjęcie do szpitala w jednym czasie na Izbie Przyjęć  | TAK | NIE |
| Długi czas oczekiwania na decyzję o przyjęciu | TAK | NIE |
| Inne: |
|  | Jak ocenia Pan/Pani grzeczność personelu podczas przyjęcia? | bardzo dobrze | dobrze | źle | bardzo źle |
|  | Czy personel zapoznał Pana /Panią z Kartą Praw Pacjenta | TAK | NIE |
| **2.** | **OPIEKA MEDYCZNA**  |
|  | Czy został Panu/Pani przestawiony lekarz prowadzący? | TAK | NIE |
|  | Jak ocenia Pan/Pani sposób przekazania informacji na temat proponowanego leczenia / stanu zdrowia / wyników badań? | bardzo dobrze | dobrze | źle | bardzo źle |
|  | Jak ocenia Pan/Pani możliwość kontaktu z lekarzem w wyznaczonych godzinach udzielania informacji? | bardzo dobrze | dobrze | źle | bardzo źle |
|  | Jak ocenia Pan/Pani dostępność lekarza w dzień?  | bardzo dobrze | dobrze | źle | bardzo źle |
| W przypadku odpowiedzi źle i bardzo źle proszę podać powody niezadowalającej oceny:  |
|  | Czy potrzebował Pan/ Pani pomocy lekarza popołudniu i nocy? | TAK  |  NIE |
|  | Jak ocenia Pan/Pani dostępność lekarza popołudniu i w nocy?  | bardzo dobrze |  dobrze | źle | bardzo źle |
|  |  |  |  |
|  | Jeżeli **korzystał/a Pan/Pani**, proszę określić **powód wezwania** lekarza: |
|  | Złe samopoczucie | TAK | NIE |
|  | Chciałam/Chciałem uzyskać dodatkowe informacje | TAK | NIE |
|  | Chciałam/Chciałem zgłosić zastrzeżenia organizacyjne | TAK | NIE |
|  | Inny powód (JAKI?): |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. | **OCENA JAKOŚCI POSIŁKÓW** |  |  |  |  |
|  | Jak ocenia Pan/Pani urozmaicenie podawanych posiłków. | bardzo dobrze | dobrze | źle | bardzo źle |
|  | Czy Pana/Pani zdaniem posiłki są smaczne i doprawione? | zawsze | często | rzadko | nigdy |
| 4. | **EDUKACJA PACJENTA I PROMOCJA ZDROWIA** |  |  |
|  | Czy został Pan/i poinformowany w naszym szpitalu, że palenie tytoniu zwiększa ryzyko zachorowania na choroby płuc. | TAK | NIE |
| 5. | **OCENA JAKOŚCI PRACY PERSONELU SPRZĄTAJĄCEGO** |
|  | Czy zdaniem Pana/Pani sale chorych, toalety i inne pomieszczenia są czyste i posprzątane? | zawsze | często | rzadko | nigdy |
|  | Jak personel sprzątający reaguje na prośby i potrzeby Pana/Pani oraz osób odwiedzających? | zawsze | często | rzadko | nigdy |

***Co według Pana/Pani zasługuje na uznanie w Szpitalu?***

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Co według Pana/Pani powinno się zmienić w Szpitalu?***

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY !!***