



## Ankieta dotycząca dostępności Szpitala dla osób ze szczególnymi potrzebami

Szanowni Państwo

Ankieta stanowi narzędzie pozwalające zebrać informacje, jakie bariery architektoniczne, komunikacyjne i techniczne utrudniają Państwu tj. osobom ze szczególnymi potrzebami kontakt ze Szpitalem Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach.

Państwa ocena, opinie, sugestie i spostrzeżenia będziemy analizować, a wyciągnięte wnioski posłużą do wdrożenia działań poprawiających warunki i niwelujących przeszkody i utrudnienia w dostępie do naszej placówki.

Ankieta jest anonimowa i zawiera 6 pytań. Wypełnienie jej zajmie ok. 10 minut.

Dziękujemy za poświęcony czas.

### Informacje dotyczące osoby wypełniającej ankietę

Jest Pani/Pan:

- osobą z dysfunkcją:
- ruchu
  - ruchu poruszająca się na wózku
  - słuchu
  - wzroku
  - inną dysfunkcją, proszę podać jaką .....
  - opiekunem (odpowiedzi na pytania proszę wpisywać w imieniu osoby ze szczególnymi potrzebami)

Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna

Wiek:

- poniżej 18
- 18-44
- 45-59
- 60-70
- powyżej 70

Przyznany stopień niepełnosprawności:

- znaczny stopień niepełnosprawności/I grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy oraz do samodzielnej egzystencji



- umiarkowany stopień niepełnosprawności/II grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy
- lekki stopień niepełnosprawności/III grupa inwalidzka/częściowa niezdolność do pracy

### **Ocena dostosowania Szpitala do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami**

#### ***1. Jak ocenia Pani/Pan dostępność architektoniczną otoczenia i budynku Szpitala pod względem dostępności dla osób z dysfunkcją ruchu:***

##### **a. miejsca parkingowe**

- źle
- dostatecznie
- bardzo dobrze

##### **b. wejście do budynku**

- źle
- dostatecznie
- bardzo dobrze

##### **c. oznaczenie budynku**

- źle
- dostatecznie
- bardzo dobrze

##### **d. oznaczenia wewnątrz budynku**

- źle
- dostatecznie
- bardzo dobrze

##### **e. ciągi komunikacyjne (korytarze, schody, drzwi, windy)**

- źle
- dostatecznie
- bardzo dobrze

##### **f. rejestracja/Izba przyjęć**

- źle
- dostatecznie
- bardzo dobrze

##### **g. toalety**

- źle
- dostatecznie



- bardzo dobrze
- nie dotyczy

**h. sale chorych**

- źle
- dostatecznie
- bardzo dobrze
- nie dotyczy

2. *Co Pani/Pana zdaniem należałoby zmienić, aby poprawić architektoniczną dostępność otoczenia i Szpitala pod kątem osób z ze szczególnymi potrzebami ?*

.....

**Ocena usług świadczonych przez Szpital**

3. *Jak ocenia Pani/Pan komunikację i jakość obsługi przez personel podczas przyjęcia do Szpitala/porady ambulatoryjnej:*

- źle
- dostatecznie
- bardzo dobrze

4. *Czy wprowadziłaby/wprowadziłby Pani/Pan zmiany w zakresie dostępności ?*

- tak, proszę wskazać jakie?

.....  
.....

- nie

5. *Jak ocenia Pani/Pan dostępność strony internetowej Szpitala?*

- źle
- dostatecznie
- bardzo dobrze
- nie korzystałam/łem

6. *Czy wprowadziłaby/wprowadziłby Pani/Pan zmiany na stronie internetowej Szpitala?*

- tak, proszę wskazać jakie?

.....  
.....

- nie

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety.**