**Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim**

**ANKIETA - badanie satysfakcji pacjenta**

Aby w pełni zadowolić odbiorców naszych usług zwracam się do Pani/Pana z uprzejmą prośbą o wypełnienie ankiety. Celem jest poznanie opinii na temat Naszego Szpitala. Opinia ta jest nam niezbędna do tego, aby korygować niedociągnięcia i wychodzić naprzeciw oczekiwaniom. Ankieta jest w pełni anonimowa. Wybrane odpowiedzi proszę zaznaczyć krzyżykiem . Po wypełnieniu, prosimy wrzucić ankietę do specjalnie przygotowanego pudełka.

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Dyrekcja Szpitala

**Wiek (w latach)……………………….. Płeć**   kobieta  mężczyzna **Miejsce zamieszkania:**  wieś  miasto  inne województwo **Wykształcenie:**  podstawowe  zawodowe  średnie  wyższe

**Oddział, na którym Pan/i przebywał/a …………………………………………**

**1. Tryb przyjęcia Pana/i do szpitala**?  planowy  nagły

**2. Czy przy przyjęciu badał Pana/ią lekarz?**  tak  nie  nie pamiętam

**3. Czy informowano Pana/ią o przebiegu choroby i sposobie leczenia?**  tak  nie  nie pamiętam

**4. Czy zapoznano Pana/ią z Prawami Pacjenta?**  tak  nie  nie pamiętam

**5. Czy informowano Pana/ią o terminie i sposobie przygotowania do planowych badań/zabiegów?**  tak  nie  nie pamiętam

**6. Czy informowano Pana/ią o wynikach przeprowadzanych badań/zabiegów?**  tak  nie  nie pamiętam

**7. Jak ocenia Pan/i opiekę lekarską w oddziale?**

**A . stosunek lekarza do pacjenta:**  bardzo dobrze  dobrze  źle  bardzo źle

**B. dostępność lekarza w godzinach popołudniowych, nocnych:**  bardzo dobrze  dobrze  źle  bardzo źle

**8. Jak ocenia Pan/i opiekę pielęgniarską w oddziale?**

**A. stosunek pielęgniarki do pacjenta:**  bardzo dobrze  dobrze  źle  bardzo źle

**B. dostępność pielęgniarki w godzinach popołudniowych i nocnych:**  bardzo dobrze  dobrze  źle  bardzo źle

**C. umiejętności przy wykonywaniu czynności pielęgniarskich, np. zastrzyków, pobierania krwi :**  bardzo dobrze  dobrze  źle  bardzo źle

**9. Jak ocenia Pan/i jakość podawanych posiłków ( ilość, temperatura, urozmaicenie)?**   bardzo dobrze  dobrze  źle  bardzo źle

**10. Jak ocenia Pan/i warunki w oddziale ( łóżko, pościel, oświetlenie, czystość)?**   bardzo dobrze  dobrze  źle  bardzo źle

**11. Jak ocenia Pan/i stan sanitariatów w oddziale?**  bardzo dobrze  dobrze  źle  bardzo źle

**12. Czy w razie konieczności poleci Pan/i Nasz Szpital swoim najbliższym, znajomym?**   tak  nie  nie mam zdania

**UWAGI**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dziękujemy Panu/Pani za wypełnienie ankiety!**