Szanowni Państwo!

Pragniemy, aby Pacjenci korzystający z usług naszego Szpitala byli w pełni usatysfakcjonowani z uzyskiwanej w nim pomocy medycznej, a pobyt w naszej placówce był oceniany wysoko. Dlatego też chcielibyśmy poznać Państwa opinie, sugestie i komentarze na temat przebiegu leczenia i pobytu, aby móc kontynuować to, co znajduje uznanie w ocenie naszych pacjentów i poprawiać to, co należałoby jeszcze zmienić lub ulepszyć w pracy Szpitala Powiatowego w Zambrowie.

Prosimy zatem o poświęcenie kilku minut na wypełnienie kwestionariusza i zakreślenie tych odpowiedzi, które Państwa zdaniem są najbardziej zgodne z Państwa odczuciami i ocenami!

Ankietę, proszę umieścić w skrzynce oznaczonej „Ankieta satysfakcji pacjenta” znajdującej się w korytarzach oraz oddziałach szpitalnych. Niewypełnione ankiety chętnie wykorzystamy ponownie, niech również trafią do skrzynek.

Państwa opinia jest dla nas ważna. Dziękujemy.

Pełnomocnik ds. ZSZ oraz

Prezes Szpitala Powiatowego w Zambrowie

ANKIETA

O01:	ODDZIAŁ, Z KTÓREGO ZOSTAŁAŚ/EŚ WYPISANY ZE SZPITALA	MIESIĄC W KTÓRYM ZOSTAŁEŚ WYPISANY ZE SZPITALA
	………………………………………………………………………………………………	………………………………………………..

A01:	JAK OCENIASZ SPRAWNOŚĆ PROCESU PRZYJĘCIA DO SZPITALA?										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

B01:	JAK OCENIASZ UWZGLĘDNIANIE PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY TWOJEGO ZDANIA W PROCESIE LECZENIA?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

B02:	JAK OCENIASZ OPIEKĘ / ZAANGAŻOWANIE PERSONELU MEDYCZNEGO?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

B03:	JAK OCENIASZ PRÓBY ZMNIEJSZENIA BÓLU POPRZEZ PODANIE LEKÓW? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

C01:	JAK OCENIASZ ZROZUMIAŁOŚĆ PRZEKAZYWANYCH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH TWOJEGO STANU ZDROWIA I PROCESU LECZENIA PODCZAS POBYTU W SZPITALU?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

C02:	**JAK OCENIASZ ZROZUMIAŁOŚĆ INFORMACJI PRZEKAZYWANYCH PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY DOTYCZĄCYCH ZALECEŃ LEKARSKICH I DALSZEGO PROCESU LECZENIA PO OPUSZCZENIU SZPITALA?**											
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	
Bardzo źle												**Bardzo dobrze**

D01:	**JAK OCENIASZ WYŻYWIENIE W SZPITALU? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)**											
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	
Bardzo źle												**Bardzo dobrze**

D02:	**JAK OCENIASZ CZYSTOŚĆ W SALACH, NA KORYTARZACH, W ŁAZIENKACH?**											
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	
Bardzo źle												**Bardzo dobrze**

E01:	**JAK OCENIASZ RESPEKTOWANIE PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY PRAW PACJENTA, SZCZEGÓLNYCH UPRAWNIEŃ I POTRZEB?**											
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	
Bardzo źle												**Bardzo dobrze**

F01:	**JAKIE JEST PRAWDOPODOBIEŃSTWO, ŻE POLECISZ TEN SZPITAL ZNAJOMYM LUB RODZINIE?**											
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	
Bardzo źle												**Bardzo dobrze**

G01:	PŁEĆ PACJENTA
KOBIETA	
MĘŻCZYZNA	

G02:	PONIŻEJ 18 LAT	18-39 LAT	40-59 LAT	60-79 LAT	POWYŻEJ 80 LAT
WIEK PACJENTA					

U01: UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....