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

DATA WIZYTY	WIZYTA
……	☐ PIERWSZORAZOWA ☐ KOLEJNA

O01:	W JAKI SPOSÓB ZAPISAŁEŚ DZIECKO NA WIZYTĘ?			
	W PLACÓWCE	TELEFONICZNIE	EMAIL	ELEKTRONICZNIE PRZEZ STRONĘ PLACÓWKI

A01:	JAK OCENIASZ ŁATWOŚĆ ZAPISANIA SIĘ NA WIZYTĘ?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

A02:	JAK OCENIASZ ZAANGAŻOWANIE PRACOWNIKÓW REJESTRACJI?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

A03:	JAK OCENIASZ TERMINOWOŚĆ REALIZACJI WIZYTY (czy odbyła się w wyznaczonym czasie)?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

B01:	JAK OCENIASZ ZAANGAŻOWANIE LEKARZA PODCZAS WIZYTY W ROZWIĄZANIE PROBLEMU ZDROWOTNEGO DZIECKA?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

B02:	JAK OCENIASZ DOSTĘP DO BADAŃ, KTÓRYCH WYKONANIE MOŻE ZLECIĆ LEKARZ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, O ILE BYŁY ONE KONIECZNE? (proszę pominąć, jeśli nie dotyczy)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

B03:	JAK OCENIASZ ZAANGAŻOWANIE LEKARZA LUB INNEGO PERSONELU PLACÓWKI W ZACHĘCANIE CIĘ DO SKORZYSTANIA Z PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH, WYKONANIA BILANSÓW OKRESOWYCH I SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

C01:	JAK OCENIASZ ZROZUMIAŁOŚĆ PRZEKAZYWANYCH OPIEKUNOWI DZIECKA INFORMACJI DOTYCZĄCYCH STANU ZDROWIA, PROCESU LECZENIA I ZALECEŃ LEKARSKICH?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

C02:	JAK OCENIASZ UWZGLĘDNIENIE PRZEZ LEKARZA I POZOSTAŁY PERSONEL MEDYCZNY POTRZEB I MOŻLIWOŚCI PERCEPCJI DZIECKA W PROCESIE KOMUNIKACJI?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

D03:	JAK OCENIASZ WYPOSAŻENIE POCZEKALNI (np. oznakowanie, miejsca siedzące, dostosowanie placówki do potrzeb dziecka)?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

D02:	JAK OCENIASZ CZYSTOŚĆ W GABINECIE,W ŁAZIENCE, W POCZEKALNI, W KĄCIKU DLA MAŁEGO PACJENTA?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bardzo źle												Bardzo dobrze

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

F01:	JAKIE JEST PRAWDOPODOBIEŃSTWO, ŻE POLECISZ TĘ PLACÓWKĘ ZNAJOMYM LUB RODZINIE?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Zdecydowanie NIE POLECAM												Zdecydowanie POLECAM

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....