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:	**W JAKI SPOSÓB ZAPISAŁEŚ SIĘ NA WIZYTĘ?**			
	W PLACÓWCE	**TELEFONICZNIE**	**EMAIL**	**ELEKTRONICZNIE PRZEZ STRONĘ PLACÓWKI**

A01:	**JAK OCENIASZ ŁATWOŚĆ ZAPISANIA SIĘ NA WIZYTĘ DOMOWĄ?**											
	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?**											
	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**

B05:	**JAK OCENIASZ DOSTĘPNOŚĆ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ/POŁOŻNEJ W RAMACH WIZYTY DOMOWEJ, W SYTUACJI GDY JEST ONA KONIECZNA? (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, PROCESU LECZENIA I ZALECEŃ LEKARSKICH?**											
	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 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....