

# KWESTIONARIUSZ ANKIETY BADANIA POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTÓW

*„Misją szpitala - jest specjalistyczne leczenie i troskliwa opieka”*

Szanowni Państwo,

Zapraszamy do wypełnienia anonimowego kwestionariusza ankiety, który pozwoli nam poznać Państwa opinię na temat jakości usług, świadczonych przez 1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie, a zebrane informacje będą podstawą do wdrożenia działań przyczyniających się do podwyższenia poziomu satysfakcji z leczenia szpitalnego.

W każdym pytaniu prosimy dokonać wyboru **tylko jednej odpowiedzi**, a wypełniony kwestionariusz prosimy składać do skrzynki, która znajduje się na holu głównym obok portierni lub skrzynkach znajdujących się na każdej kondygnacji Szpitala.

Komenda i Personel Szpitala z góry dziękują

.....  
Wiek: ..... Płeć: Kobieta  Mężczyzna   
Wykształcenie: Podstawowe  Zawodowe zasadnicze  Średnie  Wyższe

## Co spowodowało, że wybrał/a Pani/Pan właśnie nasz szpital?

- Polecenie przez rodzinę/ znajomych  Dogodna lokalizacja  Wykwalifikowana kadra   
Możliwość leczenia u innego lekarza  Sugestie lekarza kierującego  Nowoczesny sprzęt medyczny   
Nie miałam/em wpływu na wybór szpitala

## DOSTĘP DO OBIEKTU

	Bardzo zadowolona/y	Zadowolona/y	Niezadowolona/y	Bardzo niezadowolona/y
1. Oznakowania zewnętrznego budynku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oznakowania wewnętrznego budynku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Parking.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PRZYJĘCIĘ W POZ

4. Czas oczekiwania na zapisy do szpitala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Troska o pacjenta i uprzejmość personelu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Warunki lokalowe POZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Informacja przekazywana przez personel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## OPIEKA I KOMUNIKACJA Z PERSONELEM LEKARSKIM

8. Informacje uzyskane na temat stanu zdrowia, planowanego sposobu leczenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Informacja na temat postępów leczenia i wyników badań.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Informacja o ryzyku związanym z leczeniem, badaniami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Poszanowanie intymności podczas wykonywania badania, udzielenia informacji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Troska i zainteresowanie pacjentem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bardzo zadowolona/y	Zadowolona/y	Niezadowolona/y	Bardzo niezadowolona/y
13. Punktualność lekarzy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Informacje o przebiegu operacji i jej wyniki (jeżeli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Terapia przeciwbólowa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sposoby przekazywania zaleceń dotyczących postępowania po wypisie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### WARUNKI LOKALOWE I WYŻYWIENIE

17. Wyposażenie i czystość w gabinetach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Czystość i wyposażenie w pomieszczeniach sanitarnych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


#### OPIEKA I KOMUNIKACJA Z PERSONELEM PIEŁĘGNIARSKIM / POŁOŻNICZYM

20. Uzyskane informacje o prawach pacjenta i regulaminie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Uprzejmość i zachowania personelu, z okazywanej troski i zainteresowania pacjentem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Informacje o celu, sposobie przygotowania i przebiegu wykonywanych zabiegów.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Poszanowanie prywatności i intymności podczas wykonywania czynności piel./poł.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Szybkość reagowania na prośby pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### OPIEKA, OBSŁUGA I KOMUNIKACJA Z PERSONELEM POMOCNICZYM (dot. sanitariuszek szpitalnych i salowych)

26. Uprzejmość i zachowania wobec pacjenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Zachowanie ciszy i spokoju podczas wykonywania prac.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### OGÓLNA OCENA POBYTU W SZPITALU

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Czy nasz szpital godny jest polecenia rodzinie/znajomym?	Zdecydowanie nie		Nie		Raczej tak		Tak		Zdecydowanie tak			

Jak ocenia Pani/Pan pobyt w naszym Szpitalu? Ewentualne uwagi

-----  
 -----  
 -----

Jakie zmiany chciał/aby Pan/Pani wprowadzić w naszej placówce?

-----  
 -----  
 -----