



Ankieta opinii i doświadczeń pacjentów z opieki długoterminowej

Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Formularz zawiera 18 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.

Nasza skala:



Aktualne miejsce Pana/Pani pobytu: _____

A00: Jakie cechy najlepiej opisują opiekę w naszej placówce? (można wybrać kilka odpowiedzi)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) szacunek personelu | <input type="checkbox"/> 6) staranność o moją czystość i higienę |
| <input type="checkbox"/> 2) spokój personelu | <input type="checkbox"/> 7) cierpliwość personelu |
| <input type="checkbox"/> 3) wrażliwość personelu | <input type="checkbox"/> 8) uśmiech personelu |
| <input type="checkbox"/> 4) życzliwość personelu | <input type="checkbox"/> 9) brak wulgarności |
| <input type="checkbox"/> 5) dobroć personelu | <input type="checkbox"/> 10) dbałość o innych |

A01: Jak ocenia Pan/Pani sposób zaopiekowania nad Panem/Panią?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

B01: Jak ocenia Pan/Pani uwzględnianie przez personel medyczny Pana/Pani zdania w procesie opieki?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

B02: Jak ocenia Pan/Pani opiekę/zaangażowanie personelu naszej placówki?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

**B03: Jak ocenia Pan/Pani starania personelu w zakresie zmniejszania bólu?
(pomiń jeśli nie dotyczy)**

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

C01: Jak ocenia Pan/Pani dbałość personelu o Pana/Pani stan zdrowia?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

C02: Jak ocenia Pan/Pani warunki pobytu w naszej placówce?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

C03: Jak ocenia Pan/Pani stosowanie przez personel udogodnień takich jak wanna do kąpieli / podnośnik i inne? (pomiń jeśli nie dotyczy)

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

D01: Jak ocenia Pan/Pani wyżywienie w naszej placówce?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE



J02: Jak ocenia Pan/Pani czystość w naszej placówce?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

J03: Jak ocenia Pan/Pani zorganizowanie w naszej placówce czasu wolnego?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

J01: Jak ocenia Pan/Pani wrażliwość naszego personelu na Pana/Pani indywidualne potrzeby?

Bardzo ŹLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

J01: Czy poleciliby Państwo naszą placówkę znajomym lub rodzinie?

Zdecydowanie polecam 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zdecydowanie NIE polecam

Płeć pacjenta

Kobieta Mężczyzna

Wiek pacjenta

Poniżej 18 lat 18-39 lat 40-59 lat 60-79 lat 80 lat i więcej

J01: Co Pana/Pani zdaniem działa najlepiej w naszej placówce?

J02: Czy jest coś, co moglibyśmy poprawić?

Dziękujemy za udział w ankiecie!

