

### Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki.  
Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszego szpitala.  
Formularz zawiera jedynie 13 pytań, a czas wypełnienia zajmie kilka minut.  
Państwa opinia jest dla nas ważna. Dziękujemy.

#### NASZA SKALA:

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**O01:** Oddział, z którego zostałeś/eś wypisany ze szpitala

  

**A01:** Jak oceniasz sprawność procesu przyjęcia do szpitala?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**B01:** Jak oceniasz uwzględnianie przez personel medyczny Twojego zdania w procesie leczenia?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**B02:** Jak oceniasz opiekę/zaangażowanie personelu medycznego?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**B03:** Jak oceniasz próby zmniejszania bólu poprzez podanie leków? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**C01:** Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia i procesu leczenia podczas pobytu w szpitalu?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**C02:** Jak oceniasz zrozumiałość informacji przekazanych przez personel medyczny dotyczących zaleceń lekarskich i dalszego procesu leczenia po opuszczeniu szpitala?

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

**D01:** Jak oceniasz wyżywienie w szpitalu? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

**D02:** Jak oceniasz czystość w salach, na korytarzach, w łazienkach i system informacji wizualnej?

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

**E01:** Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

**F01:** Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz ten szpital znajomym lub rodzinie?

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

**G01: Płeć pacjenta:**

Kobieta ☐

Mężczyzna ☐

**G02: Wiek pacjenta:**

Poniżej 18 lat ☐ 18-39 lat ☐ 40-59 lat ☐ 60-79 lat ☐ Powyżej 80 lat ☐

**U01: UWAGI:**



Ministerstwo  
Zdrowia