


ANKIETA SATYSFAKCI PACJENTA – ODDZIAŁY			
 <p>SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	<p><b>SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ</b></p>	Wydanie: 8	Data wydania: 2022-03-21
		Strona 1 z 2	<b>PJ 3</b>

**Szanowni Państwo,**

**Zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety w celu zbadania Państwa poziomu satysfakcji z oferowanych przez nasz Szpital usług medycznych.**

**Z wyrazami szacunku  
Dyrektor SPSK-2**

*Badanie jest anonimowe.*

*Prosimy o zaznaczenie w każdym pytaniu jednej odpowiedzi (x), a wypełnioną ankietę umieścić w skrzynkach znajdujących się w oddziale.*

### **CZĘŚĆ I – IZBA PRZYJĘĆ**

1. Czas trwania procedury przyjmowania (formalności) w Izbie Przyjęć:

- do 30 min
- do 60 min
- powyżej 1h, ile.....

2. Kontakt z personelem Izby Przyjęć (uprzejmość i uzyskana informacja):

- Bardzo dobra
- Raczej dobra
- Zła
- Nie mam zdania

### **CZĘŚĆ II – ODDZIAŁ**

3. Udzielanie informacji przez lekarza w zakresie metod i przebiegu leczenia:

- Bardzo dobra
- Raczej dobra
- Zła
- Nie mam zdania

4. Stosunek pielęgniarek/położnych do pacjentów (życzliwość, troska, zachowanie intymności, kultura osobista):

- Bardzo dobra
- Raczej dobra
- Zła
- Nie mam zdania


5. Stosunek lekarzy do pacjentów (życzliwość, troska, zachowanie intymności, kultura osobista):

- Bardzo dobra
- Raczej dobra
- Zła
- Nie mam zdania

6. Stosunek rehabilitantów do pacjentów (życzliwość, troska, zachowanie intymności, kultura osobista):

**(\*nie dotyczy Kliniki Urologii, Kliniki Ginekologii Operacyjnej, Kliniki Położnictwa i Ginekologii, Oddziału Onkologii Klinicznej oraz Klinik Okulistycznych)**

- Bardzo dobra
- Raczej dobra
- Zła
- Nie mam zdania

ANKIETA SATYSFAKCI PACJENTA – ODDZIAŁY			
 <p>SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	<b>SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ</b>	Wydanie: 8	Data wydania: 2022-03-21
		Strona 2 z 2	<b>PJ 3</b>

## 7. Czystość oddziału:

- Bardzo dobra
- Raczej dobra
- Zła
- Nie mam zdania

## 8. Czy miał/a Pan/i możliwość zapoznania się z Ustawą o Prawach Pacjenta?

- Tak
- Nie

## 9. Własne uwagi i sugestie:

.....

.....

.....

**CZĘŚĆ III – DOTYCZY LECZENIA BÓLU**

## 10. Czy został/a Pani/Pan poinformowana/y o metodach leczenia bólu przez personel medyczny?

- Tak
- Nie
- Trudno powiedzieć

## 11. Czy podczas pobytu w szpitalu natężenie bólu było u Pani/a systematycznie mierzone, np. według skali od 0-10?

- Tak
- Nie
- Trudno powiedzieć

## 12. Ile czasu minęło od momentu zgłoszenia dolegliwości bólowych do momentu otrzymania leku przeciwbólowego.

- Do 5 min
- Do 15 min
- Powyżej 20 min, ile.....

## 13. Czy Pani/Pana dotychczasowe doświadczenia związane z przyjmowaniem leków p/bólowych zostały uwzględnione w obecnym procesie leczenia?

- Tak
- Raczej tak
- Nie

## 14. Czy uważa Pani/Pan, że zainteresowanie personelu bólem i jego uśmierzaniem poprawiło, jakość sprawowanej nad Panią/Panem opieki?

- Tak
- Nie

DATA WYPEŁNIENIA ANKIETY.....

***Dziękujemy Pani/ Panu za czas poświęcony na wypełnienie ankiety***