**WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W GÓROWIE IŁAWECKIM**  
11-220 Górowo Iławeckie  
ul. Armii Krajowej 24

**ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA**

Drodzy Pacjenci, Droga Rodzino!

Zwracam się z uprzejmą prośbą o poświęcenie nam kilkunastu minut i wypełnienie poniższej ankiety, która przyczyni się do **poprawy jakości usług świadczonych naszym pacjentom.**

Odpowiadając na poniższe pytania proszę wstawić znak X obok wybranej odpowiedzi oraz krótki opis celem zdiagnozowania sytuacji w odczuciach pacjenta.

Dziękuję za poświęcony czas.

Z poważaniem,  
Dyrektor Szpitala  
***Danuta Kunicka***

**IZBA PRZYJĘĆ**

1. **Jak ocenia Pan/Pani informacje uzyskane w izbie przyjęć dotyczące formalności związanych   
   z przyjęciem do szpitala?**

🞎 - bardzo dobrze

🞎 - dobrze

🞎 - średnio

🞎 **-** niezadowalająco

1. **Jak ocenia Pan/Pani życzliwość personelu w izbie przyjęć?**

🞎 - bardzo dobrze

🞎 - dobrze

🞎 - średnio

🞎 **-** niezadowalająco

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

(krótki opis)

**POBYT W ODDZIALE SZPITALNYM**

1. **Czystość panująca w Sali.**

🞎 - bardzo czysto

🞎 - czysto

🞎 - przeciętnie

1. **Wyposażenie w meble i urządzenia zapewniające dostateczny komfort przebywania w sali chorych.**

🞎 - bardzo dobrze

🞎 - dobrze

🞎 - przeciętnie

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

(krótki opis)

1. **Jak ocenia Pan/Pani jakość posiłków oferowanych przez szpital?**

🞎 - bardzo dobrze

🞎 - dobrze

🞎 - przeciętnie

**LEKARZE**

1. **Jak ocenia Pan/Pani lekarza prowadzącego lub z którym był kontakt podczas rehabilitacji?**

🞎 - bardzo dobrze

🞎 - dobrze

🞎 - średnio

🞎 **-** niezadowalająco

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

(krótki opis)

**PIELĘGNIARKI**

1. **Proszę ocenić życzliwość i zaangażowanie w pracę pielęgniarek.**

🞎 - bardzo dobrze

🞎 - dobrze

🞎 - średnio

🞎 **-** niezadowalająco

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

(krótki opis)

**FIZJOTERAPEUCI**

1. **Proszę ocenić uprzejmość i zaangażowanie fizjoterapeutów.**

🞎 - bardzo dobrze

🞎 - dobrze

🞎 - średnio

🞎 **-** niezadowalająco

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

(krótki opis)

**SALOWE**

1. **Proszę ocenić uprzejmość salowych.**

🞎 - bardzo dobrze

🞎 - dobrze

🞎 - średnio

🞎 **-** niezadowalająco

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

(krótki opis)

**WSPARCIE PSYCHICZNE ZE STRONY PERSONELU SZPITALA**

1. **Czy w sytuacjach trudnych (związanych z podjęciem decyzji o trudnych zabiegach, problemach) uzyskał/a Pan/Pani wsparcie psychiczne?**

🞎 - Tak 🞎 - Nie 🞎 - Nie było takiej potrzeby

Jeżeli tak, to od kogo? ……………………….......................................................................................................................

**WYPIS ZE SZPITALA**

1. **Proszę ocenić sposób załatwiania formalności związanych z wypisem ze szpitala.**

🞎 - bardzo dobrze

🞎 - dobrze

🞎 - średnio

🞎 **-** niezadowalająco

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

(krótki opis)

1. **Czy korzysta Pan/Pani z usług dostarczanych przez Szpital w formie elektronicznej.**

🞎 - E-rejestracja

🞎 - Elektroniczny Rekord Pacjenta

🞎 - Informacji zamieszczonych na stronie Szpitala

1. **OCENA OGÓLNA ORAZ WŁASNE KOMENTARZE I PROPOZYCJE**

🞎 - bardzo dobrze

🞎 - dobrze

🞎 - średnio

🞎 **-** niezadowalająco

……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

(krótki opis)

1. **Czy Pana/Pani zdaniem są osoby, które szczególnie zasługują na pochwałę lub budzą Pana/pani zastrzeżenia?**

…………………………………………………………………………………………………………………………

Proszę wypełnić ankietę i wrzucić do skrzynki, która znajduje się na parterze przy rejestracji – przy windzie.