

Szanowni Państwo! Pacjenci, rodziny i bliscy pacjentów.

W naszych placówkach dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Bardzo prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna. Jesteśmy pewni, że dzięki analizie Państwa odpowiedzi, wskazań i sugestii będziemy mogli jeszcze lepiej opiekować się naszymi Pacjentami. Dziękujemy!

Anonimowa ankieta satysfakcji pacjentów HOSPICJUM STACJONARNEGO prowadzonego przez Archidiecezjalny Dom Hospicyjny św. Jana Pawła II w Katowicach przy ul. Różyckiego 14d

[Proszę zaznaczyć w polach oceny „X” gdzie 1 - to ocena najgorsza 👎, a 6 to ocena najlepsza 👍]

Jak oceniasz pierwszy kontakt z placówką, sam proces zgłoszenia osoby do opieki, udzielone informacje na temat przyjęcia, potrzebnych dokumentów, sposobu ich dostarczenia?

	1	2	3	4	5	6	

W jakim czasie od złożenia skierowania do placówki chory został objęty opieką?

w tym samym dniu	
w ciągu tygodnia (1-7dni)	
w ciągu dwu tygodni (8-14 dni)	
w ciągu trzech tygodni (15-21 dni)	
w ciągu czterech tygodni (22-31 dni)	
Powyżej 1go miesiąca	

Jak oceniasz sprawność procesu przyjęcia do Hospicjum Stacjonarnego – już na miejscu - pierwszego dnia?

	1	2	3	4	5	6	

Jak oceniasz opiekę/zaangażowanie personelu medycznego w trakcie całego pobytu w Hospicjum Stacjonarnym?

	1	2	3	4	5	6	

Czy w czasie pobytu/opieki były skutecznie łagodzone OBJAWY FIZYCZNE choroby

(np. ból, duszność, nudności, wymioty, zaparcia, utrata apetytu)?

	1	2	3	4	5	6	

Czy w czasie opieki były skutecznie łagodzone PROBLEMY EMOCJONALNE

(np. przygnębienie, lęk, złe samopoczucie) ?

	1	2	3	4	5	6	

Jak oceniasz przystępność/jasność przekazywanych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta,
procesu leczenia podczas pobytu w Hospicjum Stacjonarym?

	1	2	3	4	5	6	

Czy poniższe osoby/przedstawiciele personelu były wystarczająco pomocne i empatyczne?

(zaznacz wszystkich biorących udział w opiece)

	TAK 😊	NIE 😞
LEKARZE		
PIELĘGNIARKI / PIELĘGNIARZE		
OPIEKUNOWIE MEDYCZNI		
FIZJOTERAPEUCI (jeżeli procedury były zlecone przez lekarza)		
SALOWE		
PSYCHOLOGOWIE		
DUCHOWNI / KSIĘŻA / SZAFARZE KOMUNII ŚWIĘTEJ		
WOLONTARIUSZE		
INNE OSOBY		

Jak oceniasz wyżywienie w Hospicjum Stacjonarnym? (nie dotyczy osób żywionych dietą przemysłową – proszę pominąć)

	1	2	3	4	5	6	

Jak oceniasz czystość w placówce: sali chorych, korytarzy, łazienek?

	1	2	3	4	5	6	

Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta i ich szczególne potrzeby?

	1	2	3	4	5	6	

Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz nasze Hospicjum Stacjonarne znajomym lub rodzinie w sytuacji gdyby potrzebowali znaleźć taką opiekę dla kogoś bliskiego czy dla siebie?

	1	2	3	4	5	6	

Proszę wpisać dodatkowe uwagi, spostrzeżenia i sugestie:
(pytanie jest opcjonalne, odpowiedź nie jest obowiązkowa)

Informacje dodatkowe: proszę zaznaczyć „X”

	KOBIETA	MĘŻCZYNA
WYPEŁNIAJĄCY TO:		

	PACJENT	RODZINA	INNI
WYPEŁNIAJĄCY TO:			