

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 PORADNI MEDYCYNY PALIATYWNEJ prowadzonej 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 pierwszą wizytę w poradni profesjonalizm pielęgniarki i udzieloną poradę przez lekarza?

	1	2	3	4	5	6	

Jak oceniasz zaangażowanie lekarza/y i pielęgniarek w trakcie całego okresu opieki i konsultacji w poradni?

	1	2	3	4	5	6	

Jak oceniasz zrozumienie/jasność przekazywanych informacji i porad co do procesu leczenia podczas wizyt przez personel Poradni Medycyny Paliatywnej?

	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 naszą Poradnię Medycyny Paliatywnej znajomym lub rodzinie w sytuacji gdyby potrzebowali znaleźć taką poradnię 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	MĘŻCZYZNA
WYPEŁNIAJĄCY TO:		

	PACJENT	RODZINA	INNI
WYPEŁNIAJĄCY TO:			