

**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 ZAKŁADU OPIEKUŃCZO LECZNICZEGO z siedzibą w Krzyżowicach prowadzonego przez Archidiecezjalny Dom Hospicyjny św. Jana Pawła II w K-ce**

[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?**

|                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> |   |
|                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |                                                                                                                                                                         |

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

|                          |  |
|--------------------------|--|
| w ciągu jednego miesiąca |  |
| w ciągu jednego kwartału |  |
| w ciągu pół roku         |  |
| w ciągu roku             |  |
| w ciągu dwu lat          |  |
| powyżej dwu lat          |  |

**Jak oceniasz sprawność procesu przyjęcia do ZOL'u – już na miejscu - pierwszego dnia?**

|                                                                                                                                                                         |          |          |          |          |          |          |                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> |   |
|                                                                                                                                                                         |          |          |          |          |          |          |                                                                                                                                                                             |

**Jak oceniasz opiekę/zaangażowanie personelu medycznego w trakcie całego pobytu w ZOL'u?**

|                                                                                                                                                                         |          |          |          |          |          |          |                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> |   |
|                                                                                                                                                                         |          |          |          |          |          |          |                                                                                                                                                                             |

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

|                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |
|                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |

Czy w czasie opieki były skutecznie łagodzone PROBLEMY EMOCJONALNE

|                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |
|                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |

Jak oceniasz przystępność /jasność przekazywanych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta,  
podczas pobytu w ZOL'u?

|                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 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 ZOL'u** (nie dotyczy osób żywionych dietą przemysłową – proszę pominąć)

|                                                                                   |          |          |          |          |          |          |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> |  |
|                                                                                   |          |          |          |          |          |          |                                                                                     |

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

|                                                                                   |          |          |          |          |          |          |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> |  |
|                                                                                   |          |          |          |          |          |          |                                                                                     |

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

|                                                                                   |          |          |          |          |          |          |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> |  |
|                                                                                   |          |          |          |          |          |          |                                                                                     |

**Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz nasz ZOL znajomym lub rodzinie w sytuacji  
gdyby potrzebowali znaleźć taką opiekę dla kogoś bliskiego czy dla siebie?**

|                                                                                     |          |          |          |          |          |          |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> |  |
|                                                                                     |          |          |          |          |          |          |                                                                                       |

**Proszę wpisać dodatkowe uwagi, spostrzeżenia i sugestie:**

*(pytanie jest opcjonalne, odpowiedź nie jest obowiązkowa)*

.....

.....

.....

.....

**Informacje dodatkowe: proszę zaznaczyć „X”**

|                         |                |                  |
|-------------------------|----------------|------------------|
|                         | <b>KOBIETA</b> | <b>MĘŻCZYZNA</b> |
| <b>WYPEŁNIAJĄCY TO:</b> |                |                  |

|                         |                |                |             |
|-------------------------|----------------|----------------|-------------|
|                         | <b>PACJENT</b> | <b>RODZINA</b> | <b>INNI</b> |
| <b>WYPEŁNIAJĄCY TO:</b> |                |                |             |