

ANKIETA OPINII I DOŚWIADCZEŃ PACJENTÓW PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ

Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki.

Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki.

Formularz zawiera 8 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.

Nasza skala dotycząca odpowiedzi – prosimy o zaznaczenie Pani/ Pana odpowiedzi wpisując „X” we właściwą kratkę.

Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa – lokalizacja:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> CHORZÓW | <input type="checkbox"/> CIESZYN | <input type="checkbox"/> CZELADŹ | <input type="checkbox"/> DĄBROWA GÓRNICZA |
| <input type="checkbox"/> JASTRZĘBIE ZDRÓJ | <input type="checkbox"/> KATOWICE | <input type="checkbox"/> MIKOŁÓW | <input type="checkbox"/> MYSŁOWICE |
| <input type="checkbox"/> TARNOWSKIE GÓRY | <input type="checkbox"/> ZBROSŁAWICE | | |

1. Jakie cechy najlepiej opisują opiekę Pielęgniarki/ Pielęgniarsza Opieki Długoterminowej Domowej nad pacjentem?

Można zaznaczyć kilka cech.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> szacunek personelu | <input type="checkbox"/> staranność o moją czystość i higienę |
| <input type="checkbox"/> spokój personelu | <input type="checkbox"/> cierpliwość personelu |
| <input type="checkbox"/> wrażliwość personelu | <input type="checkbox"/> uśmiech personelu |
| <input type="checkbox"/> życzliwość personelu | <input type="checkbox"/> kulturę osobistą personelu |
| <input type="checkbox"/> dobroć personelu | <input type="checkbox"/> dbałość o innych |

2. Jak ocenia Pani/ Pan zaangażowanie i sposób opieki Pielęgniarki/ Pielęgniarsza PODD podczas wykonywanych czynności?

- bardzo ŹLE bardzo DOBRZE
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Jak ocenia Pani/ Pan uwzględnienie przez Pielęgniarkę/ Pielęgniarsza Opieki Długoterminowej Domowej Pani/ Pana zdania w procesie opieki?

- bardzo ŹLE bardzo DOBRZE
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Czy Pielęgniarka/ Pielęgniarsza PODD zapewnia opiekę z poszanowaniem Pani/ Pana godności osobistej?

- TAK NIE NIE MAM ZDANIA

5. Czy wizyty Pielęgniarki/ Pielęgniacza PODD odbywała się z zachowaniem zasad prywatności i nieskrępowania?

TAK

NIE

NIE MAM ZDANIA

6. Czy Pielęgniarka/ Pielęgniacz PODD informowała Panią/ Pana o prawach pacjenta lub możliwości zapoznania się z nimi poprzez np. stronę internetową?

TAK

NIE

7. Czy Pielęgniarka/ Pielęgniacz PODD informowała Panią/ Pana o możliwości składania skarg i wniosków?

TAK

NIE

8. Czy poleci Pani/ Pan usługi medyczne Pielęgniarskiej Opieki Długoterminowej Domowej TOMMED znajomym lub rodzinie?

TAK

NIE

NIE MAM ZDANIA

Osoba wypełniająca ankietę: PACJENT

OPIEKUN PACJENTA

Płeć Pacjenta: KOBIETA

MĘŻCZYZNA

Wiek Pacjenta: PONIŻEJ 18 LAT

18-39 LAT

40-59 LAT

60-79 LAT

80 LAT i WIĘCEJ

Poniżej może Pani / Pan wpisać dodatkowe informacje i uwagi:

Wypełnioną ankietę może Pani/ Pan:

- Przekazać Pielęgniarcze/ Pielęgniarzowi Pielęgniarskiej Opieki Długoterminowej Domowej w zamkniętej kopercie
- Przesłać pocztą na adres: Centrum Medyczne Tommed Sp. z o.o., ul. Fredry 33, Katowice 40-662