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:

- ☐ CHORZÓW
- ☐ CIESZYN
- ☐ CZELADŹ
- ☐ DĄBROWA GÓRNICZA
- ☐ JASTRZĘBIE ZDRÓJ
- ☐ KATOWICE
- ☐ MIKOŁÓW
- ☐ MYSŁOWICE
- ☐ TARNOWSKIE GÓRY
- ☐ ZBROSŁAWICE

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

Można zaznaczyć kilka cech.

- ☐ szacunek personelu
- ☐ spokój personelu
- ☐ wrażliwość personelu
- ☐ życzliwość personelu
- ☐ dobroć personelu
- ☐ staranność o moją czystość i higienę
- ☐ cierpliwość personelu
- ☐ uśmiech personelu
- ☐ kulturę osobistą personelu
- ☐ dbałość o innych

2. Jak ocenia Pani/ Pan zaangażowanie i sposób opieki Pielęgniarki 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 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 PODD zapewnia opiekę z poszanowaniem Pani/ Pana godności osobistej?

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE MAM ZDANIA

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

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE MAM ZDANIA

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

☐ TAK ☐ NIE

7. Czy Pielęgniarka 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 Pielęgniarce Pielęgniarskiej Opieki Długoterminowej Domowej w zamkniętej kopercie
- Przesłać pocztą na adres: Centrum Medyczne Tommed Sp. z o.o., ul. Fredry 33, Katowice 40-662