**Ankieta satysfakcji Pacjenta** / Zakład Opiekuńczo - Leczniczy

1. Płeć **/odpowiedź zakreśl znakiem „x”/**

 Kobieta Mężczyzna

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

2. **Przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego/odpowiedź zakreśl znakiem „x”/**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | bardzo dobrze | dobrze | średnio | źle | bardzo źle | nie mam zdania |
| Łatwość dostania do ZOL |  |  |  |  |  |  |
| Sprawnośći szybkość załatwienia formalności |  |  |  |  |  |  |
| Kompetentna informacja |  |  |  |  |  |  |
| Zapoznanie z Regulaminem ZOL |  |  |  |  |  |  |
| Komentarz własny |  |

1. **Opieka/odpowiedź zakreśl znakiem „x”/**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | bardzo dobrze | dobrze | średnio | źle | bardzo źle | nie mam zdania |
| Stosunek do Pacjenta (życzliwość, wykazywanie zaangażowania) |  |  |  |  |  |  |
| Komunikatywność( wyczerpujące i zrozumiałe przekazanie informacji) |  |  |  |  |  |  |
| Sprawność obsługi |  |  |  |  |  |  |
| Zapewnienie intymności i godności osobistej podczas opieki świadczonej przez personel  |  |  |  |  |  |  |
| Kompetentna informacja |  |  |  |  |  |  |

1. **Posiłki /odpowiedź zakreśl znakiem „x”/**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | bardzo dobrze | dobrze | średnio | źle | bardzo źle | nie mam zdania |
| Jakość podawanych posiłków  |  |  |  |  |  |  |
|  Różnorodność podawanych posiłków |  |  |  |  |  |  |
|  Temperatura posiłków |  |  |  |  |  |  |

**5. Inne /odpowiedź zakreśl znakiem „x/**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | bardzo dobrze | dobrze | średnio | źle | bardzo źle | nie mam zdania |
| Warunki bytowe /sprzątanie, zmiana pościeli |  |  |  |  |  |  |
| Komentarz własny  |  |

 **\***niepotrzebne skreślić