

Szanowni Państwo,

Dbając o jakość usług medycznych świadczonych przez ZOZ w Łowiczu i podejmując kolejne starania o wzrost poziomu zaufania jakim Pacjenci darzą placówkę, kierujemy do Państwa niniejszą ankietę. Odpowiedzi na zawarte w niej pytania będą dla nas szansą na poznanie Państwa oceny co do oferowanej pomocy medycznej.

Ankiety przekazywane będą Wicestaroscie Łowickiemu Panu Piotrowi Malczykowi. Analiza Państwa opinii pozwoli nam podjąć dalsze działania, tak, by ZOZ w Łowiczu, w jak największym stopniu spełniał Państwa oczekiwania. Zapraszamy do jej wypełnienia

1. Izba przyjęć:

Czas oczekiwania:				
Ocena pracy personelu				
Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle

2. Oddział, w którym Pan(i) był(a) hospitalizowany(na):

Nazwa oddziału					
Chirurgiczny	Wewnętrzny	Pediatryczny	Ginekologiczno- położniczy	Neonatologiczny	Intensywnej terapii

3. PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU

JAK PAN(I) OCENIA?	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Przeciętni e</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>
szybkość załatwienia formalności przy przyjęciu do Oddziału?					
grzeczność personelu przy przyjęciu?					

CZY PERSONEL ZAPOZNAŁ PANA(IA):	TAK	NIE
z Kartą Praw Pacjenta?		
wskazał gdzie Karta Praw Pacjenta jest dostępna i można ją przeczytać?		
z topografią Oddziału/Szpitala?		

Proszę podać uwagi.....
.....

4. OPIEKA LEKARZA PROWADZĄCEGO

JAK PAN(I) OCENIA?	TAK		NIE		
	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Przecięt nie</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>
uprzejmość i życzliwość lekarza prowadzącego na oddziale?					
czas poświęcony Panu/i przez lekarza prowadzącego?					
przekazanie informacji na temat proponowanego leczenia / stanu zdrowia / wyników badań?					
dostępność do lekarza prowadzącego na Oddziale?					
poszanowanie prywatności podczas badań lekarskich?					

Proszę podać uwagi.....
.....

5. OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA

JAK PAN(I) OCENIA?	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Przeciętnie</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>
uprzejmość i życzliwość pielęgniarek na Oddziale?					
staranność wykonywania zabiegów przez pielęgniarki?					
pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych?					
szybkość reagowania pielęgniarek na wezwanie pacjenta?					
poszanowanie prywatności podczas zabiegów pielęgnacyjnych?					

Proszę podać uwagi.....
.....

6. DIETA I POSIŁKI

czy otrzymał(a) Pan/i informacje na temat diety od dietetyczki?		TAK		NIE	
Z UWZGLĘDNIENIEM DIETY jak PAN(I) ocenia posiłki - pod względem?	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Przeciętnie</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>
wielkości porcji?					
smaku potraw?					
różnorodności potraw?					
temperatury posiłków?					
punktualności podania?					

Proszę podać uwag.....
.....

7. WARUNKI PANUJĄCE NA ODDZIALE

JAK PAN(I) OCENIA?	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Przeciętnie</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>
wyposażenie w salach?					
czystość sal chorych?					
czystość łazienek i toalet?					
czystość pościeli szpitalnej?					
możliwość odwiedzin?					
możliwość korzystania z usług duszpasterskich?					

Proszę podać uwagi.....
.....

8.

Czy w razie konieczności poleciłaby Pani/poleciłby Pan nasz ZOZ swojej rodzinie, bliskim?		
Tak	Nie	Nie mam zdania

WŁASNE OPINIE

Jeżeli w trakcie pobytu w ZOZ zetknęła się Pani / zetknął się Pan z zagadnieniami, sytuacjami pozytywnymi lub negatywnymi nie ujętymi w ankiecie **bardzo prosimy o pisemną informację w tym miejscu:**

.....
.....
.....
.....
.....

DZIĘKUJEMY ZA POŚWIĘCONY CZAS.