Ankieta oceny satysfakcji pacjentów hospitalizowanych

Wzór dokumentu przeznaczonego do systematycznej oceny poziomu zadowolenia pacjentów hospitalizowanych z udzielanych świadczeń medycznych.

# ANKIETA PACJENTA

Zwracamy się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie anonimowej ankiety poprzez zaznaczenie odpowiedzi zgodnie z Państwa odczuciami. Prosimy również o dopisanie swoich uwag w miejscach pozostawionych specjalnie do tego celu. Dziękujemy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pytania ogólne** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Rodzaj leczenia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Hospitalizacja w ramach:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | chirurgii | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | onkologii | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | radioterapii | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | chemioterapii | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Hospitalizacja jednego dnia w ramach* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | chirurgii | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | onkologii | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | radioterapii | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | chemioterapii | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Klinika/Oddział (jeżeli Pani/Pan nie wie, prosimy o podanie jednostki chorobowej/rozpoznanie):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | jednostka chorobowa/rozpoznanie: ……………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Pobyt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | pierwszorazowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | kolejny | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | wskaż ogólną liczbę hospitalizacji/hospitalizacji jednego dnia w Klinice/Oddziale: ……………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Ile czasu minęło od skierowania na Oddział/do Kliniki do przyjęcia Pani/Pana do szpitala?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | do 1 tygodnia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | powyżej 1 tygodnia do 2 tygodni | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | powyżej 2 tygodni do 1 miesiąca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | powyżej 2 miesiąca do 2 miesięcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | powyżej 2 miesięcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. Czy korzystała Pani/korzystał Pan z dedykowanej pacjentom chorym onkologicznie „informacji onkologicznej”?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | tak | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | nie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Jeśli „tak” - jak ocenia Pani/Pan działanie „infolinii onkologicznej”?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | zdecydowanie nieprzydatna, niepomocna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | raczej nieprzydatna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | trudno ocenić jej przydatność | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | raczej przydatna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | zdecydowanie przydatna, pomocna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. Ocena pobytu w szpitalu – infrastruktura i organizacja leczenia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Proszę ocenić Izbę Przyjęć:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Jak Pani/Pan ocenia czas załatwienia formalności na Izbie Przyjęć?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | 3 | | 4 | | | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | |
| bardzo źle | | | źle | | | przeciętnie | | dobrze | | | | | | | bardzo dobrze | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Jak Pani/Pan ocenia jakość obsługi na Izbie Przyjęć?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | 3 | | 4 | | | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | |
| bardzo niska | | | niska | | | przeciętna | | wysoka | | | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| **2. Proszę ocenić Pani/Pana pobyt w szpitalu, w tym infrastrukturę i organizację leczenia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Jakość posiłków:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | | | 3 | | | | | 4 | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo niska | niska | | | przeciętna | | | | | wysoka | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| *Czystość Pani/Pana sali:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | | | 3 | | | | | 4 | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo niska | niska | | | przeciętna | | | | | wysoka | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| *Dostępność do łazienki z toaletą:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | | | 3 | | | | | 4 | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo niska | niska | | | przeciętna | | | | | wysoka | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Czystość łazienek i toalet:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | | | 3 | | | | | 4 | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo niska | niska | | | przeciętna | | | | | wysoka | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| *Dostosowanie warunków na oddziale do specyfiki Państwa nowotworu:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | | | 3 | | | | | 4 | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo niskie | niskie | | | przeciętne | | | | | wysokie | | | | | bardzo wysokie | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| *Dostępność do lekarza dyżurującego, w czasie nieobecności lekarza prowadzącego:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | | | 3 | | | | | 4 | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo niska | niska | | | przeciętna | | | | | wysoka | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| *Dostęp do wsparcia ze strony specjalistów:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 1 | | 2 | | | | | | 3 | 4 | | | | 5 | | | | nie mam zdania | |
|  | | | bardzo niski | | niski | | | | | | przeciętny | wysoki | | | | bardzo wysoki | | | |
| psychoonkologa | | |  | |  | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
| dietetyka klinicznego | | |  | |  | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
| fizjoterapeuty | | |  | |  | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
| pracownika socjalnego | | |  | |  | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Szybkość reakcji personelu pielęgniarskiego na Pani/Pana wezwania:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | | | 3 | | | | | 4 | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo niska | niska | | | przeciętna | | | | | wysoka | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| *Dostęp do parkingu:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | | | 3 | | | | | 4 | | | | | 5 | | | | nie korzystałam/em z parkingu | | | |
| bardzo niska | niska | | | przeciętna | | | | | wysoka | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| *Poruszanie się po szpitalu, oznaczenie zakładów, poradni, Klinik/Oddziałów:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | | | 3 | | | | | 4 | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo niska | niska | | | przeciętna | | | | | wysoka | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| *Organizacja Klinik/Oddziałów, zakładów w kontekście zabiegów* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 1 | | 2 | | | | | | 3 | 4 | | | | 5 | | | | nie mam zdania | |
|  | | | bardzo niski | | niski | | | | | | przeciętny | wysoki | | | | bardzo wysoki | | | |
| oczekiwanie na podanie chemioterapii | | |  | |  | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
| badania diagnostyczne | | |  | |  | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
| radioterapii | | |  | |  | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
| wizyty u psychologa | | |  | |  | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| **II. Ocena opieki medycznej:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Proszę ocenić opiekę medyczną:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Jak Pani/Pan ocenia jakość opieki lekarskiej podczas hospitalizacji?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | 3 | | 4 | | | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | |
| bardzo nisko | | | nisko | | | przeciętnie | | wysoko | | | | | | | bardzo wysoko | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| *W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem lekarze w Klinice/na Oddziale byli:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 1 | | | 2 | | 3 | | | | | | | 4 | | | | nie mam zdania | | |
|  | | | wcale | | | mało | | średnio | | | | | | | bardzo | | | |
| zaangażowani | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| uprzejmi/ życzliwi | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| empatyczni | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Zainteresowanie i gotowość lekarza prowadzącego do odpowiadania na pytania dotyczące stanu Pani/Pana zdrowia:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | 3 | | 4 | | | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | |
| bardzo niska | | | niska | | | przeciętna | | wysoka | | | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| *Jak Pani/Pana zdaniem lekarz prowadzący reagował na zadawane przez Panią/Pana pytania?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 1 | | | 2 | | 3 | | | | | | | 4 | | | | nie mam zdania | | |
|  | | | wcale | | | mało | | średnio | | | | | | | bardzo | | | |
| niecierpliwił się | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| odpowiadał na pytania | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| pospieszał | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| uważnie słuchał | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| zachęcał do zadawania pytań | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *W jakim stopniu informacje przekazane przez lekarza prowadzącego były dla Pani/Pana zdaniem?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 1 | | | 2 | | 3 | | | | | | | 4 | | | | nie mam zdania | | |
|  | | | wcale | | | mało | | średnio | | | | | | | bardzo | | | |
| wyczerpujące | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| zrozumiałe | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| przystępne | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| *Dostępność do lekarza prowadzącego:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | 3 | | 4 | | | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | |
| bardzo niska | | | niska | | | przeciętna | | wysoka | | | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Prosimy wpisać ewentualne uwagi:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *W jakim stopniu personel pielęgniarski Pani/Pana zdaniem był?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 1 | | | 2 | | 3 | | | | | | | 4 | | | | nie mam zdania | | |
|  | | | wcale | | | mało | | średnio | | | | | | | bardzo | | | |
| zaangażowany | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| uprzejmy/ życzliwy | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| empatyczny | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Zakres informacji przekazanych Pani/Panu przez personel pielęgniarski na temat sposobu przygotowania się do badań i zabiegów:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | 3 | | 4 | | | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | |
| bardzo niski | | | niski | | | przeciętny | | wysoki | | | | | | | bardzo wysoki | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *W jakim stopniu informacje przekazane przez personel pielęgniarski po wykonanych zabiegach były Pani/Pana zdaniem?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 1 | | | 2 | | 3 | | | | | | | 4 | | | | nie mam zdania | | |
|  | | | wcale | | | mało | | średnio | | | | | | | bardzo | | | |
| wyczerpujące | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| zrozumiałe | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| przystępne | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Dbałość o zachowanie Pani/Pana poczucia intymności w trakcie zabiegów i badań:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | 3 | | 4 | | | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | |
| bardzo niska | | | niska | | | przeciętna | | wysoka | | | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| *Jak Pani/Pan ocenia w trakcie zabiegów pielęgniarskich poziom?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 1 | | | 2 | | 3 | | | | | | | 4 | | | | nie mam zdania | | |
|  | | | wcale | | | mało | | średnio | | | | | | | bardzo | | | |
| Pani/Pana poczucia bezpieczeństwa | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| przygotowania pacjenta przez personel pielęgniarski do zabiegu | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| sprawności wykonywania zabiegu przez personel | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| reagowania przez personel pielęgniarski na zgłoszone potrzeby/problemy | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Gotowość personelu medycznego do niesienia pomocy, gdy zgłaszał/a Pani/Pan dolegliwości bólowe:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | 3 | | 4 | | | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | |
| bardzo niska | | | niska | | | przeciętna | | wysoka | | | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| *Dostępność informacji przekazywanych przez koordynatora opieki onkologicznej:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | 3 | | 4 | | | | | | | 5 | | | | nie mam zdania | | |
| bardzo niska | | | niska | | | przeciętna | | wysoka | | | | | | | bardzo wysoka | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Czy uzyskała/uzyskał Pani/Pan wsparcie i pomoc ze strony koordynatora, który jest wyznaczany pacjentom onkologicznym do koordynowania opieki w trakcie trwania leczenia?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | tak | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | nie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Czy zapewniono możliwość towarzyszenia osoby najbliższej podczas rozmowy /konsylium/ badania:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | tak | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | nie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | nie było takiej potrzeby | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Prosimy wpisać ewentualne uwagi:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **III. Ocena zakresu informacji przekazanych Państwu przez lekarza prowadzącego na temat sposobu Państwa leczenia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Proszę ocenić zakres informacji przekazywanych Pani/Panu przez lekarza prowadzącego na temat sposobu Państwa leczenia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Dostępność do rozmów z lekarzami różnych specjalności (w tym w ramach konsylium):* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo niska | | | niska | | | | przeciętna | | | wysoka | | | bardzo wysoka | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| *Przekazana została zrozumiała informacja o badaniach jakie powinny być wykonane:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo nisko | | | nisko | | | | przeciętnie | | | wysoko | | | bardzo wysoko | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| *Przekazana informacja o możliwym postępie choroby była zrozumiała:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo nisko | | | nisko | | | | przeciętnie | | | wysoko | | | bardzo wysoko | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| *Podany mi został jasno stopień choroby (np. stopień 1-4):* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo nisko | | | nisko | | | | przeciętnie | | | wysoko | | | bardzo wysoko | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| *Informacje o planie leczenia były dla Pani/Pana wystarczające:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo nisko | | | nisko | | | | przeciętnie | | | wysoko | | | bardzo wysoko | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| *Przekazano wyczerpującą informację o możliwych terapiach:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo nisko | | | nisko | | | | przeciętnie | | | wysoko | | | bardzo wysoko | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| *Przekazano jasne informacje o możliwych ubocznych efektach terapii:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo nisko | | | nisko | | | | przeciętnie | | | wysoko | | | bardzo wysoko | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| *Przedstawione zostały przewidywane konkretne oczekiwane wyniki terapii:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo nisko | | | nisko | | | | przeciętnie | | | wysoko | | | bardzo wysoko | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| *Byliście Państwo na bieżąco informowani o zmianach w planie leczenia onkologicznego?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo nisko | | | nisko | | | | przeciętnie | | | wysoko | | | bardzo wysoko | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| *Dostaliście Państwo od personelu medycznego informacje na temat dalszego postępowania po opuszczeniu placówki onkologicznej?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo nisko | | | nisko | | | | przeciętnie | | | wysoko | | | bardzo wysoko | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| *Jak ocenia Pani/Pan poziom wsparcia emocjonalnego udzielonego członkom Pani/Pana rodziny (lub opiekunom)?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo nisko | | | nisko | | | | przeciętnie | | | wysoko | | | bardzo wysoko | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| *Jak ocenia Pani/Pan dostęp do dokumentacji medycznej?:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | nie mam zdania | | | |
| bardzo nisko | | | nisko | | | | przeciętnie | | | wysoko | | | bardzo wysoko | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV. Podsumowanie** | | | |
| *Czy w razie potrzeby pomocy onkologicznej poleciłaby Pani/poleciłby Pan Klinikę/Oddział swojej rodzinie/znajomym?:* | | | |
|  | tak | | |
|  | nie | | |
|  | nie mam zdania | | |
|  | | | |
| *Czy w Pani/Pan opinii należy poprawić pewne aspekty naszej pracy?:* | | | |
|  | tak (jakie? Zwracamy się z prośbą o wskazanie i opisanie sytuacji) | | |
|  | …………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
|  | nie | | |
|  | trudno powiedzieć | | |
| *Czy spotkała się Pani/spotkał się Pan z nieuprzejmym traktowaniem przez personel?:* | | | |
|  | tak (proszę opisać sytuację) | | |
|  | …………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
|  | nie | | |
| *Prosimy wpisać uwagi na temat pobytu w Klinice/Oddziale, które nie zostały ujęte w ankiecie:* | | | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |
|  | | |
| **V. Informacje dodatkowe** | | |
| *Wiek:* | | |
|  | | 18-24 |
|  | | 25-44 |
|  | | 45-64 |
|  | | 65 i więcej |
|  | | |
| *Płeć:* | | |
|  | | kobieta |
|  | | mężczyzna |
|  | | |
| *Miejsce zamieszkania:* | | |
|  | | wieś |
|  | | miasto do 50 tys. |
|  | | miasto od 50 tys. do 150 tys. |
|  | | miasto od 150 tys. do 500 tys. |
|  | | miasto powyżej 500 tys. |

