

## ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTEK

Szanowna Pani,

**Dbamy o zadowolenie naszych PacjenteK. Dzięki Pani opinii doskonalimy jakość naszych usług.**

Wypełniając naszą ankietę prosimy zaznaczyć wybraną odpowiedź według **oznaczeń** :  
**od 0-bardzo źle do 6-bardzo dobrze.** Ankieta jest anonimowa.

Wypełnioną ankietę prosimy wrzucić do skrzynki na opinie znajdującej się w oddziale położniczym.

JAK PANI OCENA:

### **1. OPIEKA LEKARSKA**

- Rozpoznawalność personelu lekarskiego

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Dostępność lekarza w razie potrzeby

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Życzliwość, okazywanie zrozumienia i zainteresowanie lekarza/rzy

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Wyjaśnienie stanu zdrowia, sposobu leczenia, planowanych zabiegów dotyczących:

matki **0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

dziecka **0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- kierowanie przebiegiem porodu (podejmowanie decyzji, doradzanie, informowanie o wykonywanych czynnościach/przebiegu porodu

matki **0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

dziecka **0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

## **2. OPIEKA POŁOŻNYCH/PIELEGNIAREK NA BLOKU PORODOWYM**

- Rozpoznawalność położnej/pielęgniarki

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Pomoc i reagowanie na potrzeby

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Życzliwość, okazywanie zrozumienia i zainteresowanie

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Zapewnienie intymności podczas badań/czynności pielęgnacyjnych

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Kierowanie przebiegiem porodu (podejmowanie decyzji, doradzanie, informowanie o wykonywanych czynnościach/przebiegu porodu)

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Zapewnienie komfortu rodzenia (swoboda ruchów/wybór metod łagodzenia bólu)

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Zapewnienie kontaktu matki z dzieckiem po porodzie

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

## **3. OPIEKA POŁOŻNYCH/PIELEGNIAREK W ODDZALE POŁOŻNICZYM**

- Rozpoznawalność położnej/pielęgniarki

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Reagowanie na wezwanie w razie potrzeby

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Życzliwość, okazywanie zrozumienia i zainteresowanie

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Zapewnienie intymności podczas badań/ czynności pielęgnacyjnych

**0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

- Wyjaśnienie wykonywanych czynności/zabiegów dotyczących:

matki 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

dziecka 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

- Pomoc w opiece nad dzieckiem

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

- Jakość opieki nad dzieckiem

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

#### **4. OPIEKA POŁOŻNEJ/PIELEGNIARKI W OKRESIE LAKTACJI**

- Instrukowanie i edukowanie

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

- Życzliwość, okazywanie zrozumienia i zainteresowanie

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

- Dostępność informacji dotyczącej karmienia

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

#### **5. DODATKOWA OPIEKA PODCZAS POBYTU**

- Współpraca personelu z rodziną/osobami towarzyszącymi (życzliwość, przekazywanie informacji, edukacja)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

#### **6. WARUNKI POBYTU**

- Jakość posiłków

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

- Warunki lokalowe - czystość, wyposażenie i wygląd pomieszczeń

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

## **7. OCENA OGÓLNA**

- Czy poleciliby Pani oddział *ginekologiczno- położniczo – neonatologiczny wraz z blokiem porodowym* w Szpitalu w Busku-Zdroju swojej rodzinie, przyjaciołom lub znajomym?

TAK NIE NIE MAM ZDANIA

**Z jakiego powodu?** (prosimy o uzasadnienie odp. TAK/NIE)

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

Podczas pobytu w Szpitalu najbardziej podobało mi się:

.....  
..... Podczas pobytu w Szpitalu najbardziej **NIE** podobało mi się:  
.....  
.....

**Na jakim odcinku Szpitalnym Pani przebywa?**

1. PATOLOGIA CIĄŻY
2. BLOK PORODOWY
3. POŁOŻNICZY

**Z jakiego powodu wybrała Pani nasz Szpital (możliwość odpowiedzi wielokrotnej)**

- a. opinia znajomych / przyjaciół/ rodziny
- b. rekomendacja lekarza prowadzącego
- c. rekomendacja położnej środowiskowej
- d. zespół lekarski Szpitala
- e. dogodna lokalizacja
- f. poprzedni pobyt w szpitalu
- g. nie miałam wpływu na wybór szpitala
- h. inne.....

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY