



**Ankieta badania satysfakcji pacjenta w Centrum Onkologii w Bydgoszczy
Lecznictwo stacjonarne**

Szanowni Państwo,

Upraszamy prosimy o wypełnienie niniejszej anonimowej ankiety. Uzyskane informacje pozwolą podjąć działania zmierzające do poprawy jakości świadczonych usług. Przy każdym pytaniu znajdują się cyfry od 0 do 10 określające skalę oceny:

bardzo
źle



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

bardzo
dobrze



Prosimy zakreślić krzyżykiem odpowiedzi, które są zgodne z Pana/Pani odczuciami.

Z wyrazami szacunku
Dyrekcja

Płeć	☐	Kobieta	Wiek	18-39 lat	☐	60-79 lat	☐
	☐	Mężczyzna		40-59 lat	☐	powyżej 80 lat	☐

Proszę wybrać Oddział, z którego Pan/i został/a wypisana:

☐	O. Kl. Brachyterapii	☐	O. Kl. Ginekologii Onkologicznej
☐	O. Kl. Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów	☐	O. Kl. Radioterapii
☐	O. Kl. Chirurgii Onkologicznej	☐	O. Kl. Onkologii odc. A
☐	O. Kl. Nowot. Piersi i Chir. Rekonstrukcyjnej	☐	O. Kl. Onkologii odc. B
☐	O. Kl. Urologii Onkologicznej	☐	

DATA WYPEŁNIENIA ANKIETY:

PRZYJĘCIE DO CENTRUM - Jak Pan/Pani ocenia:

1. Sprawność procesu przyjęcia do szpitala?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

POBYT I OPIEKA PERSONELU MEDYCZNEGO (LEKARZE/PIELĘGNIARKI/OPIEKUNOWIE MEDYCZNI/SANITARIUSZE) W ODDZIALE - Jak Pan/Pani ocenia:

1. Czystość na oddziale (sale chorych, korytarze, łazienki)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Uwzględnianie przez personel medyczny Pana/Pani zdania w procesie leczenia?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Uprzejmość / życzliwość / zaangażowanie i opiekę personelu medycznego?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Informowanie i zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Pana/Pani stanu zdrowia i procesu leczenia podczas pobytu w szpitalu?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Próby zmniejszenia bólu poprzez podanie leków? (proszę pominąć, jeśli nie dotyczy)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Ankieta badania satysfakcji pacjenta w Centrum Onkologii w Bydgoszczy
Lecznictwo stacjonarne

WYPIS Z ODDZIAŁU – Jak Pan/Pani ocenia:

1. Informowanie i zrozumiałość informacji przekazywanych przez personel medyczny dotyczących zaleceń (lekarskich i pielęgniarских) i dalszego procesu leczenia po opuszczeniu szpitala?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ŻYWIENIE – POSILKI – Jak Pan/Pani ocenia:

1. Jakość (w tym estetyka) posiłków podawanych w oddziale/restauracji?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Temperatura podawanych posiłków?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Możliwość wyboru i zamówienia diety np. bezglutenowej / bezlaktozowej?
(jeśli była taka potrzeba)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Czas i regularność wydawania posiłków?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SAMPOCZUCIE PACJENTA W TRAKCIE POBYTU W ODDZIALE – Jak Pan/Pani ocenia:

1. Respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OGÓLNA OCENA:

1. Jak ocenia Pan/Pani ogólnie Centrum Onkologii?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Jakie jest prawdopodobieństwo, że Pan/Pani poleci ten szpital znajomym lub rodzinie?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

UWAGI (bez podawania danych osobowych):

Wypełnioną ankietę należy zostawić w rozmieszczonych na terenie Centrum Onkologii w Bydgoszczy punktach (skrzynki oznakowane „Badanie satysfakcji pacjenta”).

Administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy z siedzibą przy ul. I. Romanowskiej 2. Szczegółowy zakres klauzuli co.bydgoszcz.pl/rodo/