ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

Dziękujemy za wypełnienie ankiety. Państwa opinie są dla nas niezwykle cenne. Ankieta jest anonimowa. Prosimy o odpowiedzi poprzez wstawienie "x" w wybrane pola. Wypełnione ankiety prosimy złożyć w skrzynce rejestracji lub recepcji basenu.

INFORMACJE WSTĘPNE

1. Czy jest to Pana(i) pierwszy pobyt w naszym Ośrodku?
☐ TAK ☐ NIE → który z kolei? _____

2. Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o naszym ośrodku?
☐ Internet ☐ Rodzina/Znajomi
☐ Lekarz kierujący – *nazwa placówki lub nazwisko lekarza:* _____
☐ Inne: _____

3. W jakim budynku Pan(i) mieszkał(a)?
☐ Budynek A – pokój standard
☐ Budynek A – pokój premium
☐ Budynek B – pokój komfort

RECEPCJA I OBSŁUGA

4. Jak ocenia Pan/Pani:

(a) kontakt z recepcją przed przyjazdem (np. telefoniczny, mailowy)?
☐ Bardzo pozytywny ☐ Pozytywny ☐ Obojętny ☐ Negatywny

(b) kontakt z recepcją po przyjeździe?
☐ Bardzo pozytywny ☐ Pozytywny ☐ Obojętny ☐ Negatywny

5. Czy personel recepcji był kulturalny i uprzejmy?
☐ TAK ☐ NIE ☐ Trudno powiedzieć

6. Czy personel recepcji wykazał zaangażowanie i chęć pomocy?
☐ TAK ☐ NIE ☐ Trudno powiedzieć

7. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani wiedzę i kompetencje personelu recepcji w zakresie udzielania niezbędnych informacji:
☐ Bardzo dobrze ☐ Dobrze ☐ Wymaga poprawy ☐ Zdecydowanie do poprawy

Prosimy ocenić jakość przekazywanych informacji
(1 – bardzo słaba, aż do 5 – bardzo dobra):

- O turnusach: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- O zabiegach /w tym ponad programowych/: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- O opłatach /za pobyt, pakiet, dodatkowych/: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- O atrakcjach i wydarzeniach specjalnych: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- O regulaminach i zasadach ośrodka: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- O logistyce i przemieszczaniu się po ośrodku: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

8. Czy otrzymał(a) Pan(i) szczegółowe informacje dotyczące organizacji turnusu?
☐ TAK ☐ NIE
UWAGI:
_____

9. Jak ocenia Pan/Pani czas załatwiania formalności podczas przyjęcia?
☐ Za długo ☐ Długo ☐ Odpowiedni czas ☐ Zbyt krótko / pośpiesznie

10. Czy przyjęcie do ośrodka przebiegło sprawnie i bezproblemowo?
☐ TAK ☐ NIE
UWAGI:
_____

11. Czy otrzymał(a) Pan(i) zestaw powitalny, w tym materiały informacyjne?
☐ TAK ☐ NIE

12. Czy personel recepcji udzielił odpowiedzi na Pana(i) pytania lub wątpliwości?
☐ TAK ☐ NIE ☐ Częściowo

UWAGI:
_____

13. Ogólna ocena funkcjonowania recepcji w trakcie turnusu:
☐ Bardzo dobrze ☐ Dobrze ☐ Średnio ☐ Źle ☐ Bardzo źle

WARUNKI POBYTU

14. Jak ocenia Pan(i) czystość w pokoju?
☐ Bardzo czysto ☐ Czysto ☐ Zadowalająco ☐ Brudno ☐ Bardzo brudno

UWAGI:
_____

15. Czy wyposażenie pokoju było wystarczające?
☐ TAK ☐ NIE

UWAGI:

---

16. Czy łazienki były przystosowane do potrzeb Pacjentów?
☐ TAK ☐ NIE

UWAGI:

SERWOWANE POSIŁKI

17. Prosimy ocenić jakość posiłków (1 – bardzo zła, aż po 5 – bardzo dobra):

Śniadanie: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
Obiad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
Kolacja: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

UWAGI:

PERSONEL MEDYCZNY

18. **(a) Lekarze**

Jak ocenia Pan(i) konsultację lekarską?
☐ Bardzo dobrze ☐ Dobrze ☐ Słabo ☐ Bardzo słabo

UWAGI:

Czy lekarz:

- Był dostępny w razie potrzeby ☐ TAK ☐ NIE
- Przekazywał informacje w sposób jasny i zrozumiały ☐ TAK ☐ NIE
- Okazał zaangażowanie i uprzejmość ☐ TAK ☐ NIE
- Wzbudzał zaufanie jako osoba prowadząca leczenie ☐ TAK ☐ NIE

UWAGI:

(b) Pielęgniarki

Jak ocenia Pan(i) opiekę pielęgniarską?
☐ Bardzo dobrze ☐ Dobrze ☐ Słabo ☐ Bardzo słabo

Czy personel pielęgniarski:

- Reagował sprawnie na zgłoszenia i problemy ☐ TAK ☐ NIE
- Był empatyczny i troskliwy w kontakcie ☐ TAK ☐ NIE
- Udzielał praktycznych informacji i wsparcia ☐ TAK ☐ NIE
- Udzielał poczucie bezpieczeństwa ☐ TAK ☐ NIE

UWAGI:

_____

(c) Fizjoterapeuci

Jak ocenia Pan(i) pracę fizjoterapeutów?
☐ Bardzo dobrze ☐ Dobrze ☐ Słabo ☐ Bardzo słabo

UWAGI:

_____

Czy fizjoterapeuci:

- Pracowali w sposób profesjonalny i rzetelny ☐ TAK ☐ NIE
- Dostosowywali ćwiczenia do Pana(i) możliwości ☐ TAK ☐ NIE
- Motywowali do aktywnego udziału w terapii ☐ TAK ☐ NIE
- Przekazywali jasne instrukcje i wyjaśnienia ☐ TAK ☐ NIE

Czy chciał(a)by Pan(i) wyróżnić konkretną osobę lub zespół?:

_____

INFRASTRUKTURA

19. Jak ocenia Pan(i) wyposażenie rehabilitacyjne i stan techniczny urządzeń?
☐ Bardzo dobrze ☐ Dobrze ☐ Wymaga poprawy ☐ Złe

UWAGI:

_____

20. Jak ocenia Pan(i) estetykę i organizację przestrzeni wspólnych (korytarze, jadalnie, windy)?
☐ Bardzo dobrze ☐ Dobrze ☐ Średnio ☐ Słabo

UWAGI:

_____

GODNOŚĆ I INTYMNOŚĆ

21. Czy podczas udzielania świadczeń zapewniono intymność i poszanowanie godności osobistej?
☐ TAK ☐ NIE

Uwagi:
_____

EFEKTY I OGÓLNA OCENA

22. Czy odczuwa Pan(i) poprawę stanu zdrowia po turnusie?
☐ TAK ☐ NIE ☐ Trudno powiedzieć

UWAGI:
_____

23. Czy polecił(a)by Pan(i) nasz ośrodek innym osobom?
☐ TAK ☐ NIE

24. Co było największym plusem pobytu?
_____

25. Co było największym minusem pobytu?
_____

26. Czy coś Pana(i) szczególnie wzruszyło, zaskoczyło, poprawiło samopoczucie?
_____

27. Czy ma Pan(i) sugestie, co moglibyśmy zmienić?
_____

METRYCZKA

Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

Wiek: ☐ 18–25 ☐ 26–45 ☐ 46–55

☐ 56–65 ☐ 66–70 ☐ 71–80 ☐ 80–90 ☐ powyżej 90

Wykształcenie:

☐ Podstawowe ☐ Gimnazjalne ☐ Średnie ☐ Zawodowe ☐ Wyższe

Długość pobytu: ☐ 2 tygodnie ☐ 3 tygodnie ☐ powyżej 3 tygodni

INNE PYTANIA

Jaką formą rozrywki lub aktywności był(a)by Pan(i) zainteresowany(a) podczas pobytu w naszym Osrodku?

☐ Masaże ciała / twarzy (np. kobido)

☐ Ognisko / grill / posiłek regionalny

☐ Wieczór z muzyką na żywo

☐ Wieczór relaksacyjny np. przy misach kryształowych

☐ Spacery po okolicy np. Nordic walking (kijki)

☐ Wspólne zwiedzanie atrakcji okolicy

☐ Warsztaty typu rękodzieło ☐ Warsztaty zdrowy kręgosłup, ☐ Warsztat bębniarstki ☐ Warsztaty inne (proszę podać)_____

☐ Kurs pierwszej pomocy ☐ Kurs zdrowego odżywiania ☐ Kursy plastyczny
☐ Kursy inne (proszę podać)_____

☐ Pozostałe (proszę wymienić):
_____

Dziękujemy, z życzeniami miłego dnia,

Zespół Ośrodka Rehabilitacji Stacjonarnej PCM