

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko

Osoba prowadząca (opiekunka, pielęgniarka, rehabilitant)

PYTANIA ANKIETOWE: Jak Pan/i ocenia:**1) Pierwszy kontakt z pracownikiem realizującym świadczenia**

a) bardzo dobrze b) dobrze c) przeciętnie d) źle e) bardzo źle

2) Stosunek do pacjenta tj. życzliwość, uprzejmość, wykazywane zaangażowanie, okazywanie zainteresowania i zrozumienie

a) bardzo dobrze b) dobrze c) przeciętnie d) źle e) bardzo źle

3) Pomoc w czynnościach pielęgnacyjno- opiekuńczych

a) bardzo dobrze b) dobrze c) przeciętnie d) źle e) bardzo źle

4) Informowanie o planowanych/wykonywanych czynnościach/zabiegach pielęgnacyjnych/zabiegach rehabilitacyjnych

a) bardzo dobrze b) dobrze c) przeciętnie d) źle e) bardzo źle

5) Sprawność wykonywania czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych (toaleta higieniczna, zmiana bielizny osobistej i/lub pościelowej, pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmiana pieluchomajtek, przygotowanie posiłków, karmienie, pomoc w robieniu zakupów, załatwianiu spraw urzędowych) i rehabilitacyjnych (ćwiczenia czynne, bierne, pionizacja)

a) bardzo dobrze b) dobrze c) przeciętnie d) źle e) bardzo źle

6) Zapewnienie intymności, komfortu i godności osobistej podczas zabiegów pielęgnacyjnych/rehabilitacyjnych

a) bardzo dobrze b) dobrze c) przeciętnie d) źle e) bardzo źle

7) Czy częstotliwość wizyt w tygodniu jest zgodna z ustaleniami w umowie

a) tak b) nie c) uwagi

8) Czy czas trwania wizyty jest zgodny z ustalonym czasem w umowie

a) tak b) nie c) uwagi

9) Czy opiekunka/pielęgniarka/rehabilitant przychodzi do Pan/i punktualnie

a) tak b) nie c) uwagi

10) Czy Pan/i korzysta z pomocy innych placówek medycznych w zakresie:

a) Opieki hospicyjnej domowej b) POD c) nie korzysta d) innej

11) Czy Pan/i w ostatnim okresie przebywała w:

a) w szpitalu b) w sanatorium c) w zakładzie rehabilitacyjnym d) ZOL e) nie przebywał(a)

12) Skąd Pan/i uzyskała informacje o naszej firmie i świadczonych usługach

a) prasa b) internet c) ulotka d) lekarz e) znajomi f) inne

13) Czy i jakie uwagi/wnioski/prośby wnosi Pan/i do sprawowanej przez nas opieki/udzielanych usług

Wywiad przeprowadzono z pacjentem/rodziną/opiekunem:

.....
Data i podpis osoby przeprowadzającej ankietę