

**DANE PACJENTA**

Imię i nazwisko .....

Pielęgniarka prowadząca .....

**PYTANIA ANKIETOWE****1) Stosunek do pacjenta tj. życzliwość, uprzejmość, wykazywanie zaangażowanie, okazywanie zainteresowania i zrozumienie**

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

**2) Pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych – toaleta, w tym toaleta p/odleżynowa**

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

**3) Informowanie o planowanych/wykonywanych czynnościach/zabiegach pielęgnacyjnych**

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

**4) Sprawność wykonywania zabiegów pielęgniarskich (wlewy, wstrzyknięcia, opatrunki, lewatywa, pielęgnacja cewnika, pomiar parametrów życiowych i/lub glikemii, usprawnianie)**

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

**5) Zapewnienie intymności, komfortu i godności osobistej podczas zabiegów pielęgnacyjnych**

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

**6) Ile razy w tygodniu pielęgniarka dokonuje odwiedzin**

a) więcej niż 4x      b) 4x tyg.      c) 3x tyg.      d) 2 x tyg.      e) 1x tyg.

**7) Czy pielęgniarka przychodzi do Pan/i punktualnie**

a) tak      b) nie      c) uwagi

**8) Czy Pan/i korzysta z pomocy innych świadczeniodawców w zakresie:**

a) opieki hospicyjnej domowej      b) POD      c) nie korzysta      d) inne (jakie) .....

**9) Czy Pan/i w ostatnim okresie przebywała w:**

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

**10) Skąd Pan/i uzyskała informacje o naszej firmie**

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

**11) Czy i jakie uwagi/wnioski/prośby wnosi Pan/i do sprawowanej przez nas opieki**.....  
.....

Wywiad przeprowadzono z pacjentem/rodziną/opiekunem:

.....  
Data i podpis osoby przeprowadzającej ankietę