

Ankieta oceny Szpitala Powiatowego w Mińsku Mazowieckim

Chcąc poprawić funkcjonowanie Szpitala Powiatowego w Mińsku Mazowieckim, prosimy o wypełnienie przygotowanej przez nas ankiety dotyczącej szpitala.

Wypełnienie ankiety zajmie Państwu mniej niż 5 minut, a nam pozwoli spełnić Państwa oczekiwania.

* Wskazuje wymagane pytanie

I. Metryczka

1. 1. Płeć: *

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Kobieta
- ☐ Mężczyzna
- ☐ Wolę nie podawać

2. 2. Wiek: *

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ do 18 lat
- ☐ 19–29 lat
- ☐ 30–44 lata
- ☐ 45–59 lat
- ☐ 60 lat i więcej

3. **3. Miejsce zamieszkania:**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Mińsk Mazowiecki
- ☐ Halinów
- ☐ Sulejówek
- ☐ Dębe Wielkie
- ☐ Gmina Mińsk Mazowiecki
- ☐ Jakubów
- ☐ Dobrze
- ☐ Kałuszyn
- ☐ Siennica
- ☐ Latowicz
- ☐ Mrozy
- ☐ Cegłów
- ☐ Stanisławów

4. **4. Czy był/a Pan/Pani pacjentem Szpitala Powiatowego w Mińsku Mazowieckim (lub bliska osoba) w ciągu ostatnich 12 miesięcy?**

*

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- ☐ Tak, osobiście
- ☐ Tak, bliska osoba
- ☐ Nie

5. **5. (Jeśli „nie”) Czy był/a Pan/Pani pacjentem innego szpitala? Jaki był powód hospitalizacji?**

*

6. **6. Z jakiej formy opieki w szpitalu korzystali Państwo najczęściej *
w ciągu ostatnich 12 miesięcy?? (można zaznaczyć kilka
odpowiedzi)**

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- ☐ SOR
- ☐ Nocna i Świąteczna Opieka
- ☐ Oddział szpitalny
- ☐ Poradnie specjalistyczne
- ☐ Diagnostyka (RTG, USG, laboratorium itd.)
- ☐ POZ Jeruzal
- ☐ POZ Mińsk Mazowiecki
- ☐ POZ Wołomin

II. Ogólna opinia o szpitalu

7. **1. Jak ogólnie oceniają Państwo funkcjonowanie Szpitala
Powiatowego w Mińsku Mazowieckim?**

Prezentacje na żywo i materiały przygotowawcze

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Bardzo dobrze
- ☐ Dobrze
- ☐ Przeciętnie
- ☐ Źle
- ☐ Bardzo źle

8. **2. Jakie skojarzenia przychodzą Państwu na myśl, gdy słyszą
„Szpital Powiatowy w Mińsku Mazowieckim”?
(prosimy o 3 słowa)**

III. Rejestracja

9. **1.Czy mieli Państwo kontakt z Rejestracją w ciągu ostatniego roku (telefoniczną lub stacjonarną)?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

☐ TAK

☐ NIE

10. **2. (jeśli „Tak”) Jak oceniają Państwo poziom obsługi?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

☐ Bardzo dobrze

☐ Dobrze

☐ Przeciętnie

☐ Źle

☐ Bardzo źle

11. **3. Jakie problemy zauważyli Państwo podczas kontaktu z Rejestracją?
(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)**

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

☐ Długi czas oczekiwania

☐ Brak informacji o kolejności i czasie oczekiwania

☐ Niewystarczająca liczba personelu

☐ Niska jakość kontaktu z personelem

☐ Brak empatii lub szacunku

IV.Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)

12. **1. Czy mieli Państwo kontakt z SOR-em w ciągu ostatniego roku?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

☐ TAK

☐ NIE

13. **2. (jeśli „Tak”) Jak oceniają Państwo poziom świadczonej pomocy na SOR-ze?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

☐ Bardzo dobrze

☐ Dobrze

☐ Przeciętnie

☐ Źle

☐ Bardzo źle

14. **3. Jakie problemy zauważyli Państwo podczas wizyty na SOR-ze? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)**

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

☐ Długi czas oczekiwania

☐ Brak informacji o kolejności i czasie oczekiwania

☐ Niewystarczająca liczba personelu

☐ Niska jakość kontaktu z personelem

☐ Brak empatii lub szacunku

V. Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna (NPL)

15. **1. Czy korzystali Państwo z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Szpitalu Powiatowym?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

☐ TAK

☐ NIE

16. **2. (jeśli „Tak”) Jak oceniają Państwo poziom świadczonej pomocy?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

☐ Bardzo dobrze

☐ Dobrze

☐ Przeciętnie

☐ Źle

☐ Bardzo źle

17. **3. Jakie problemy zauważyli Państwo podczas wizyty na NPL? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)**

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

☐ Długi czas oczekiwania

☐ Brak informacji o kolejności i czasie oczekiwania

☐ Niewystarczająca liczba personelu

☐ Niska jakość kontaktu z personelem

☐ Brak empatii lub szacunku

☐ Inne: _____

V. Poradnie specjalistyczne

18. **1. Z jakich poradni specjalistycznych/diagnostycznych korzystali Państwo lub Państwa bliscy w naszym szpitalu w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)**

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- ☐ Kardiologiczna
- ☐ Neurologiczna
- ☐ Otolaryngologiczna
- ☐ Okulistyczna
- ☐ Położniczo-Ginekologiczna
- ☐ Chorób Płuc
- ☐ Dermatologiczna
- ☐ Diabetologiczna
- ☐ Endokrynologiczna
- ☐ Reumatologiczna
- ☐ Zdrowia Psychicznego
- ☐ Poradnia Leczenia Uzależnień
- ☐ Poradnia Chirurgii Ogólnej
- ☐ Poradnia Chirurgii urazowo-ortopedycznej
- ☐ Poradnia neonatologiczna
- ☐ Poradnia Urologiczna
- ☐ Rezonans magnetyczny
- ☐ Tomografia komputerowa
- ☐ Pracownia USG
- ☐ Mammografia
- ☐ Laboratorium
- ☐ Pracownia RTG
- ☐ Nie korzystałem/am

19. **2. Jakie są – według Państwa – największe problemy w funkcjonowaniu poradni specjalistycznych/diagnostycznych? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)**

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- ☐ Zbyt długi czas oczekiwania na wizytę
- ☐ Trudności z dodzwonieniem się i rejestracją
- ☐ Niewystarczająca liczba specjalistów
- ☐ Zbyt krótki czas wizyty
- ☐ Brak empatii lub zaangażowania ze strony personelu
- ☐ Inne: _____

20. **3. Jakie są powody korzystania z tutejszej poradni specjalistycznej/diagnostycznej?**

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- ☐ Bliskość
- ☐ Krótki czas oczekiwania
- ☐ Lekarz
- ☐ Nowoczesny sprzęt
- ☐ Opinie o specjalistach
- ☐ Dobra diagnostyka
- ☐ Przyjazna atmosfera
- ☐ Inne: _____

21. **4. Jakie inne zakresy porad specjalistycznych byłyby wskazane?**

V. Infrastruktura szpitala

22. **1. Jak oceniają Państwo oznakowanie budynku szpitala (np. kierunkowskazy, tablice informacyjne, numery pokoi)?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Bardzo dobre – łatwo się odnaleźć
- ☐ Wystarczające
- ☐ Mylące i trudne do zrozumienia
- ☐ Brakuje czytelnych oznaczeń
- ☐ Nie mam zdania
- ☐ Inne: _____

23. **2. Czy poczekalnie i rejestracje są – według Państwa – dostosowane do potrzeb pacjentów?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Tak, są nowoczesne i komfortowe
- ☐ W miarę przyzwoite, ale wymagają zmian
- ☐ Zdecydowanie zbyt małe, niewygodne lub zaniedbane
- ☐ Nie mam zdania

24. **3. Czy szpital – według Państwa – jest przyjazny osobom z niepełnosprawnościami (np. podjazdy, windy, toalety, przestrzeń)?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Tak
- ☐ Częściowo
- ☐ Zdecydowanie nie
- ☐ Nie mam zdania

25. **5. Jak oceniają Państwo wyposażenie w sprzęt medyczny (z punktu widzenia pacjenta)?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Nowoczesne i sprawne
- ☐ Wystarczające, choć miejscami przestarzałe
- ☐ Widoczny brak nowoczesnego sprzętu
- ☐ Nie potrafię ocenić

VI. Wizerunek i zmiany

26. **1. Jak szpital może poprawić komunikację z mieszkańcami?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Lepsze oznakowanie i instrukcje na miejscu
- ☐ Jasne informacje na stronie internetowej
- ☐ Częstsze komunikaty w mediach społecznościowych
- ☐ Bezpośredni kontakt telefoniczny lub SMS
- ☐ Inne: _____

27. **2. Czy poleciliby Państwo Szpital Powiatowy w Mińsku Mazowieckim swoim bliskim lub znajomym?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Tak, zdecydowanie
- ☐ Raczej tak
- ☐ Nie wiem
- ☐ Raczej nie
- ☐ Zdecydowanie nie

28. **3. Jaką ocenę ogólną wystawił(a)by Pan/Pani szpitalowi w skali 1–5?**

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

Ta treść nie została utworzona ani zatwierdzona przez Google.

Formularze Google

