

W trosce o najwyższą jakość świadczonych usług żywieniowych na naszym oddziale szpitalnym udostępniamy Pacjentom anonimowe ankiety dotyczące żywienia.

Państwa opinie i sugestie są dla nas niezwykle cenne – pozwalają nam monitorować poziom satysfakcji oraz wprowadzać zmiany odpowiadające potrzebom i oczekiwaniom Pacjentów.

Zachęcamy do udziału w badaniu i dzielenia się swoimi spostrzeżeniami. Wypełnienie ankiety jest całkowicie anonimowe i dobrowolne, a uzyskane informacje służą wyłącznie doskonaleniu jakości opieki żywieniowej.

CZĘŚĆ I – INFORMACJE OGÓLNE

1. Status osoby wypełniającej ankietę:

<input type="checkbox"/> Pacjent	<input type="checkbox"/> Członek rodziny / opiekun	<input type="checkbox"/> Inna osoba
----------------------------------	--	-------------------------------------

2. Oddział:

<input type="checkbox"/> Chirurgiczny	<input type="checkbox"/> Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	<input type="checkbox"/> Ginekologii	<input type="checkbox"/> Urologii
---------------------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------------------

CZĘŚĆ II – OCENA POSIŁKÓW (1 – bardzo źle | 5 – bardzo dobrze)

Kryterium	1	2	3	4	5
Smak posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wielkość porcji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Różnorodność jadłospisu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estetyka podania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do diety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CZĘŚĆ III – ZGODNOŚĆ Z POTRZEBAMI ZDROWOTNYMI

3. Czy dieta była dostosowana do Twojego stanu zdrowia?

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Częściowo	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
------------------------------	------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

4. Czy otrzymałeś(-aś) informacje dotyczące zaleceń dietetycznych?

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
------------------------------	------------------------------

CZĘŚĆ IV – ZGŁASZANIE UWAG

5. Czy wystąpiły problemy z żywieniem?

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
------------------------------	------------------------------

Jeśli tak – jakie?

<input type="checkbox"/> Brak zgodności z dietą	<input type="checkbox"/> Zbyt małe porcje	<input type="checkbox"/> Jakość produktów	<input type="checkbox"/> Powtarzalność posiłków
---	---	---	---

Inne:

.....

.....

CZĘŚĆ V – OTWARTE UWAGI

6. Prosimy o przekazanie sugestii dotyczących poprawy jakości żywienia:

.....

.....

.....

.....

.....

ZGODA NA PRZEKAZANIE INFORMACJI (opcjonalnie)

Wyrażam zgodę na kontakt w sprawie zgłoszonej uwagi.

Adres e-mail (opcjonalnie): _____

(pozostawienie pustego pola = pełna anonimowość)