

Szanowni Państwo,

w trosce o jakość świadczonych usług w naszym Centrum przekazujemy na Państwa ręce ankietę, aby mogli Państwo ocenić jakości żywienia w naszym szpitalu. Państwa opinia jest dla nas bardzo ważna i zrobimy wszystko co będzie możliwe, by poprawić elementy, które nie spełniają Państwa oczekiwań. Ankieta jest anonimowa.

PROFIL ANKIETOWANEGO

1. Oddział:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | <input type="checkbox"/> Oddział Neurologiczny i Udarowy |
| <input type="checkbox"/> Oddział Chirurgiczny Ogólny | <input type="checkbox"/> Oddział Okulistyczny |
| <input type="checkbox"/> Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej | <input type="checkbox"/> Oddział Rehabilitacyjny |
| <input type="checkbox"/> Oddział Ginekologii Operacyjnej i Zachowawczej | <input type="checkbox"/> Oddział Rehabilitacji Neurologicznej |
| | <input type="checkbox"/> Oddział Chorób Wewnętrznych i Kardiologii |

2. Czas hospitalizacji:

- do 3 dni od 3 do 7 dni od 8 do 14 dni powyżej 14 dni

3. Płeć pacjenta:

- Kobieta Mężczyzna

4. Wiek pacjenta:

- poniżej 18 lat 18-39 40-59 60-79 80 lat i więcej

JAKOŚĆ ŻYWIENIA

(Stosowana skala 0-5 oznacza: 0 - bardzo źle, 5 - bardzo dobrze)

1. Jak ocenia Pani/Pan ogólną jakość żywienia w szpitalu?

- 1 2 3 4 5

2. Jak ocenia Pani/Pan smak podawanych potraw?

- 1 2 3 4 5

3. Jak ocenia Pani/Pan estetyczność podania posiłków?

- 1 2 3 4 5

4. Jak ocenia Pani/Pan temperaturę podawanych posiłków?

- zbyt zimne nieco za zimne odpowiednie nieco za gorące zbyt gorące

5. Jak ocenia Pani/Pan urozmaicanie posiłków?

- | | | | | | |
|--------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| śniadania | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| II śniadania | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| obiad | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| kolacja | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

6. Jak ocenia Pani/Pan wielkość porcji podawanych posiłków?

- znacznie za małe nieco za małe odpowiednie nieco za duże znacznie za duże

7. Jak ocenia Pani/Pan pory podawania posiłków?

śniadania	<input type="checkbox"/> zbyt wcześnie	<input type="checkbox"/> odpowiednio	<input type="checkbox"/> zbyt późno
II śniadania	<input type="checkbox"/> zbyt wcześnie	<input type="checkbox"/> odpowiednio	<input type="checkbox"/> zbyt późno
obiad	<input type="checkbox"/> zbyt wcześnie	<input type="checkbox"/> odpowiednio	<input type="checkbox"/> zbyt późno
kolacja	<input type="checkbox"/> zbyt wcześnie	<input type="checkbox"/> odpowiednio	<input type="checkbox"/> zbyt późno

8. Czy rozdawanie posiłków przebiega sprawnie?

TAK NIE

9. Czy zalecona dieta była zgodna z Pani/Pana stanem zdrowia?

TAK NIE

10. Czy zna Pani/Pan swoje potrzeby dietetyczne?

TAK NIE

11. Czy wie Pani/Pan o możliwości skorzystania z konsultacji dietetycznej podczas hospitalizacji?

TAK NIE

12. Czy odczuwa Pani/Pan potrzeba konsultacji dietetycznej?

TAK NIE

13. Czy otrzymał/a Pani/Pan materiały edukacyjne dotyczące żywienia?

TAK NIE

14. Czy zgłaszał/a Pani/Pan jakieś alergie pokarmowe i czy były one uwzględniane w otrzymywanych posiłkach?

TAK NIE

15. Czy zapoznał/a się Pani/Pan z aktualnym jadłospisem?

TAK NIE

16. Czy według Pani/Pana jadłospis udostępniony na oddziale znajduje się w widocznym miejscu?

TAK NIE

17. Czy ma Pani/Pan jakieś sugestie dotyczące poprawy żywienia w szpitalu?

Dziękujemy za wypełnienie ankiety