Pieczęć Kliniki / Oddziału

W każdym pytanie prosimy o zakreślenie krzyżykiem [**X**] tej odpowiedzi, która odpowiada Państwa ocenie

1. Czy jest to pierwszy pobyt dziecka w Oddziale Terenowym	
Tak	
Nie ile razy było już leczone w Oddziale Terenowym……..	

2. Prosimy o ocenę naszej działalności zgodnie z przedstawiony poniżej poziomami satysfakcji lub jej braku (pełna satysfakcja - ☺; brak satysfakcji -😐; rozczarowanie - ☹; bez komentarza -;				
	☺	😐	☹	
a). ocena opieki lekarskiej				
b). ocena opieki pielęgniarskiej				
c). stosunek personelu pomocniczego (salowe i inni pracownicy obsługi)				
d). ocena zespołu rehabilitantów				
e). warunki sanitarne				
f). komfort wyposażenia sal chorych				
g). jakość posiłków				
h). oznakowanie obiektów i komunikacja wewnętrzna				
i). ocena pracy centrali telefonicznej /portierni				
j). ocena pracy stołówki centralnej (dla rodziców/opiekunów)				

3. Czy informacje na temat choroby i sposobu leczenia udzielane przez personel medyczny były wystarczające	
Satysfakcjonujące ☺	
Nie satysfakcjonujące 😐	
Rozczarowanie ☹	

4. Czy w odczuciu Państwa czas pobytu dziecka w Oddziale Terenowym był wykorzystany w sposób:	
Satysfakcjonujący ☺	
Nie satysfakcjonujący 😐	
Rozczarowanie ☹ (z jakiego powodu)	

5. Czy w odczuciu Państwa organizacja odwiedzin i pobytu opiekunów dziecka jest	
Satysfakcjonująca ☺	
Nie satysfakcjonująca 😐	
Rozczarowanie ☹ (z jakiego powodu)	

6. Co zdaniem Państwa należałoby usprawnić celem poprawy jakości świadczonych usług medycznych

7. Uwagi dodatkowe

Płeć dziecka: M ☐ K ☐ **Wiek dziecka**