

**Szanowni Państwo!**

**Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki.  
Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej  
jednostki Medowent Sp. z o.o..  
Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.**

**Płeć pacjenta:**

☐ Kobieta      ☐ Mężczyzna

**Wiek pacjenta:**

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

**Ośrodek/Poradnia z którego świadczeń korzystałeś:**

---

**W jaki sposób pacjent został zgłoszony do Ośrodka Wentylacji Domowej/Poradni Żywienia Dojelitowego**

☐ w placówce      ☐ telefonicznie      ☐ email      ☐ elektronicznie przez stronę placówki

**Jak oceniasz sprawność procesu przyjęcia do domowej opieki w zakresie wentylacji mechanicznej/żywienia dojelitowego?**

BARDZO ŹŁE    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    BARDZO DOBRZE

**Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących zasad udzielania świadczeń?**

BARDZO ŹŁE    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    BARDZO DOBRZE

**Jak oceniasz opiekę/zaangażowanie personelu medycznego?**

BARDZO ŹŁE    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    BARDZO DOBRZE

**Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia i procesu leczenia?**

BARDZO ŹŁE    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    BARDZO DOBRZE

**Jak oceniasz pracę serwisu sprzętu medycznego?**

BARDZO ŹŁE    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    BARDZO DOBRZE

**Jak oceniasz pracę magazynu sprzętu jednorazowego?**

BARDZO ŹŁE    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    BARDZO DOBRZE

**MEDOWENT SP. Z O.O.**

**Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?**

BARDZO ŹLE    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    BARDZO DOBRZE

**Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz naszą placówkę?**

BARDZO MAŁE    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    BARDZO DUŻE

**Uwagi**