

ANKIETA OCENY LECZENIA ŻYWIENIOWEGO

Szanowni Państwo,
zwracamy się z uprzejmą prośbą o wyrażenie opinii na temat leczenia żywieniowego podczas pobytu w naszym Szpitalu. Państwa odpowiedzi są anonimowe i pomogą nam podnosić jakość świadczonych usług.

I. Informacje ogólne

1. Oddział:
2. Czas pobytu:
☐ do 3 dni
☐ 4–7 dni
☐ powyżej 7 dni

II. Ocena leczenia żywieniowego

Prosimy zaznaczyć właściwą odpowiedź (1 – bardzo źle, 2 – źle, 3 – średnio, 4 – dobrze, 5 – bardzo dobrze).

1. Ocena ogólna jakości posiłków:
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
2. Smak i estetyka podania posiłków:
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
3. Różnorodność posiłków:
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
4. Temperatura podawanych posiłków:
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
5. Dostosowanie diety do zaleceń medycznych:
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
6. Informacje przekazane przez personel dotyczące stosowanej diety:
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
7. Uprzejmość i dostępność personelu w zakresie żywienia:
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

III. Pytania dodatkowe

1. Czy dieta spełniała Państwa oczekiwania?
☐ Tak
☐ Raczej tak
☐ Raczej nie
☐ Nie
2. Czy zgłaszane uwagi dotyczące żywienia były rozpatrywane?
☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie zgłaszałem/-am uwag

3. Co według Państwa wymaga poprawy?

.....

.....

.....

.....

4. Dodatkowe uwagi i sugestie:

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.
Państwa opinia jest dla nas niezwykle cenna i pomaga nam doskonalić standard leczenia
żywnieniowego w naszym Szpitalu.