****Początek formularza

**BADANIE ZADOWOLENIA PACJENTA KORZYSTAJĄCEGO Z ŻYWIENIA**

Poniższa ankieta ma na celu zbadanie zadowolenia Pacjentek z wyżywienia dostępnego w Krapkowickim Centrum Zdrowia. Ankieta jest anonimowa, a wyrażona w niej opinia będzie służyła poprawie jakości świadczonych usług związanych z żywieniem*.*

1. Czy została Pani poinformowana o możliwości udziału w programie „Dieta Mamy”?

|  |
| --- |
| Tak |
| Nie |

2. Czy tygodniowy jadłospis jest dla Pani czytelny ?

|  |
| --- |
| Tak |
| Nie |

3. Czy pora posiłków jest odpowiednia?

|  |
| --- |
| Tak |
| Nie |

4. Czy temperatura (odczuwalna) posiłków jest właściwa?

|  |
| --- |
| Tak |
| Nie |

5. Czy posiłki podawane są estetycznie?

|  |
| --- |
| Tak |
| Nie |

6. Czy posiłki są urozmaicone (różnorodność)?

|  |
| --- |
| Tak |
| Nie |

7. Czy jest odpowiednia ilość warzyw i owoców?

|  |
| --- |
| Tak |
| Nie |

8. Czy wielkość porcji jest wystarczająca?

|  |
| --- |
| Tak |
| Nie |

9. Czy istnieją potrawy/produkty budzące zastrzeżenia?

|  |
| --- |
| Tak – jakie? ………………………………………………………………………………… |
| Nie |

10. Czy według Pani rozdawanie posiłków przebiega sprawnie?

|  |
| --- |
| Tak |
| Nie |

11. Czy pracownicy szybko reagują na zgłaszane uwagi?

|  |
| --- |
| Tak |
| Nie |

12. Czy informacje na temat stosowanej diety są wystarczające?

|  |
| --- |
| Tak |
| Nie  13. Czy została Pani poinformowana o możliwości skorzystania z konsultacji dietetycznej na terenie Szpitala, w ramach programu „Dieta Mamy”?   |  | | --- | | Tak | | Nie  14. Czy skorzystała Pani z konsultacji dietetycznej w ramach programu „Dieta Mamy”?   |  | | --- | | Tak | | Nie | |   15. Dodatkowe uwagi:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Dziękujemy za wypełnienie ankiety! |

Dół formularza

Początek formularza

Dół formularza