

Ankieta satysfakcji pacjenta

Proszę podzielić się swoimi spostrzeżeniami dotyczącymi posiłków szpitalnych. Dzięki temu będziemy mogli wprowadzić zmiany w menu. Proszę o ocenę zaznaczając wybraną odpowiedź.

1. Jak Pan/ Pani ocenia jakość podawanych posiłków:

ŚNIADANIA I KOLACJE	OBIADY
<input type="checkbox"/> bardzo smaczne	<input type="checkbox"/> bardzo smaczne
<input type="checkbox"/> smaczne	<input type="checkbox"/> smaczne
<input type="checkbox"/> przeciętne	<input type="checkbox"/> przeciętne
<input type="checkbox"/> niesmaczne	<input type="checkbox"/> niesmaczne

2. Czy Pan/ Pani zdaniem posiłki są urozmaicone ?

ŚNIADANIA I KOLACJE	OBIADY
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie

3. Czy ilość porcji jest wystarczająca?

ŚNIADANIA I KOLACJE	OBIADY
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie

4. Czy posiłki są estetycznie podane?

ŚNIADANIA I KOLACJE	OBIADY
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie

5. Czy temperatura posiłków jest właściwa?

ŚNIADANIA I KOLACJE	OBIADY
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie

6. Jakie zastrzeżenia budzą posiłki ?

.....
.....
.....

7. Uwagi pozytywne dotyczące żywienia

.....
.....

Dziękuję za poświęcony czas
Monika Orwat -dietetyk

Ankieta satysfakcji pacjenta

Proszę podzielić się swoimi spostrzeżeniami dotyczącymi posiłków szpitalnych. Dzięki temu będziemy mogli wprowadzić zmiany w menu. Proszę o ocenę zaznaczając wybraną odpowiedź.

1. Jak Pan/ Pani ocenia jakość podawanych posiłków:

ŚNIADANIA I KOLACJE	OBIADY
<input type="checkbox"/> bardzo smaczne	<input type="checkbox"/> bardzo smaczne
<input type="checkbox"/> smaczne	<input type="checkbox"/> smaczne
<input type="checkbox"/> przeciętne	<input type="checkbox"/> przeciętne
<input type="checkbox"/> niesmaczne	<input type="checkbox"/> niesmaczne

2. Czy Pan/ Pani zdaniem posiłki są urozmaicone ?

ŚNIADANIA I KOLACJE	OBIADY
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie

3. Czy ilość porcji jest wystarczająca?

ŚNIADANIA I KOLACJE	OBIADY
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie

4. Czy posiłki są estetycznie podane?

ŚNIADANIA I KOLACJE	OBIADY
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie

5. Czy temperatura posiłków jest właściwa?

ŚNIADANIA I KOLACJE	OBIADY
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie

6. Jakie zastrzeżenia budzą posiłki ?

.....
.....
.....

7. Uwagi pozytywne dotyczące żywienia

.....
.....

Dziękuję za poświęcony czas
Monika Orwat -dietetyk