

Załącznik nr 12 do Procedury realizacji żywienia pacjentów

Tylko zapis - ankieta jest do wydruku w pliku kontrolne

Szanowni Państwo,

w celu monitorowania jakości żywienia w szpitalu Dyrekcja Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście prosi wypełnienie ankiety oceny żywienia. Ankieta jest anonimowa.

Ankietę wypełnia Pacjent  wiek

Ankietę wypełnia Rodzina

1. Proszę ocenić czy wielkość porcji jest wystarczająca  TAK  NIE

2. Proszę określić czy temperatura podawanych posiłków jest odpowiednia  TAK  NIE

3. Proszę ocenić czy odstępy czasowe między posiłkami są odpowiednie:

    śniadanie      7<sup>45</sup>       TAK  NIE

    Obiad          12<sup>45</sup>       TAK  NIE

    Kolacja        17<sup>45</sup>       TAK  NIE

4. Proszę ocenić czy posiłki są urozmaicone  TAK  NIE

5. Czy posiłki podawane są w sposób estetyczny  TAK  NIE

6. Czy posiłki podawane w szpitalu są smaczne  TAK  NIE

7. Inne uwagi dotyczące żywienia w szpitalu .....

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety.**