

## ANKIETA OCENY POSIŁKÓW W SZPITALU (ANONIMOWA)

**Dziękujemy za opinię. Ankieta jest anonimowa.**

Możesz ją wrzucić do oznaczonej urny na oddziale lub przekazać personelowi do depozytu w urnie.

### A. Informacje ogólne (bez danych osobowych)

- 1 Oddział:  wewnętrzny męski  chirurgia  ortopedia  ginekologia  pediatria  
 wewnętrzny kobiecy  kardiologia  rehabilitacja  inny: \_\_\_\_\_
- 2 Okres pobytu:  1–2 dni  3–7 dni  8–14 dni  >14 dni
- 3 Rodzaj diety (jeśli wiesz):  podstawowa  ubogowęglowodanowa  łatwostrawna  
 bezglutenowa  niskoreszkowa  miksowana/papkowata  inna: \_\_\_\_\_  
 nie wiem
- 4 Posiłki oceniane (zaznacz):  śniadania  obiady  kolacje  całość żywienia

### B. Ocena posiłków (skala 1–5)

**Skala:** 1 – bardzo źle, 2 – źle, 3 – średnio, 4 – dobrze, 5 – bardzo dobrze

Obszar oceny	1	2	3	4	5	Nie dotyczy
Smak posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura (ciepłe – ciepłe, zimne – chłodne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wygląd / estetyka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Różnorodność (brak monotonii)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wielkość porcji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność podawania posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zgodność z zalecaną dietą (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uprzejmość / sposób podania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### C. Pytania kontrolne i jakościowe (krótkie)

- 5 Czy zdarzyło się, że posiłek był niezgodny z Twoją dietą?  nie  tak  nie wiem  
Jeśli tak, co się stało? (bez danych osobowych) \_\_\_\_\_
- 6 Najbardziej Pani/Panu smakowało \_\_\_\_\_
- 7 Największy problem (np. smak, temperatura, porcja): \_\_\_\_\_
- 8 Co poprawić w pierwszej kolejności? \_\_\_\_\_
- 9 Dodatkowe uwagi: \_\_\_\_\_

**Dziękujemy.**