

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Wiek ☐ 0-25 ☐ 41-60 ☐ 26-40 ☐ 61-80 ☐ 81+

Jaki był u Pana/Pani wykonywany zabieg?

Jak długo trwa/ł Pana/Pani pobyt w szpitalu? ☐ 1 dzień ☐ do 3 dni ☐ od 4 do 7 ☐ od 8 do 14

Czy poinformowano Pana/Panią, jaką dietę zlecono w trakcie hospitalizacji? ☐ tak ☐ nie

Jeśli wybrano odpowiedź TAK proszę o wskazanie rodzaju diety (łatwostrawna, wysokobiałkowa, podstawowa, itp.

Czy posiłki są serwowane w stałych porach? ☐ tak ☐ nie

Czy serwowane posiłki mają odpowiednią dla Pani/Pana temperaturę? ☐ tak ☐ nie

Czy według Pani/Pana posiłki są urozmaicone? ☐ tak ☐ nie

Jak ocenia Pan/Pani smak posiłków? ☐ bardzo dobrze ☐ dobrze ☐ źle ☐ nie mam zdania

Czy według Pana/Pani porcje są wystarczające? ☐ tak ☐ nie ☐ nie mam zdania

Czy ma Pan/Pani zastrzeżenia do osób wydających posiłki? ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, to jakie? _____

Jak ocenia Pan/Pani estetykę wydawanych posiłków? ☐ bardzo dobrze ☐ dobrze ☐ źle ☐ nie mam zdania

Czy na oddziale zapewniono odpowiednie warunki do przechowywania żywności (np. lodówkę)? ☐ tak ☐ nie

Czy podczas hospitalizacji zapewniono warunki do przyrządzenia gorących napojów (dostępność do czajnika elektrycznego)?

☐ tak ☐ nie

Czy według Pana/Pani dotychczasowy jadłospis wymaga zmian? ☐ tak ☐ nie ☐ nie mam zdania

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi tak, proszę podać jakie
