



Anonimowa ankieta żywieniowa

wiek.....

płeć.....

1. Na jaki oddział został/a Pan/ Pani przyjęty/ta w szpitalu?

CHIRURGIA INTERNA PEDIATRIA GINEKOLOGICZNO /POŁOŻNICZY SOR

2. Czy na oddziale SOR (Szpitalny Oddział Ratowniczy) dostał/a Pan/ Pani posiłek? TAK / NIE

3. Czy w dniu przyjęcia otrzymał/a Pan/ Pani posiłek na oddziale? TAK / NIE

Jeśli tak, to co to był za posiłek:.....

ŚNIADANIE II ŚNIADANIE OBIAD (ZUPA , II DANIE) PODWIECZOREK KOLACJA II KOLACJA

4. Jaką dietę Pan/ Pani miał/a ustaloną przez lekarza?

PODSTAWOWA / LEKKOSTRAWNA /CUKRZYCOWA / BEZGLUTENOWA / MIKSOWANA

INNA :

5. Czy widział/a Pan/ Pani na korytarzu wywieszony jadłospis na dany dzień? TAK / NIE

6. Czy Pan/ Pani zapoznał/a się z jadłospisem? TAK /NIE

7. Czy otrzymał/a Pan/Pani wszystkie produkty i potrawy zgodnie z jadłospisem? TAK/NIE

uwagi.....

8. Czy otrzymał/a Pan/ Pani posiłek o odpowiednich porach (w zależności od diety)? TAK / NIE

ŚNIADANIE : 8⁰⁰ / II ŚNIADANIE:10⁰⁰ / OBIAD : ZUPA , II DANIE: 13⁰⁰/ PODWIECZOREK: 15⁰⁰

KOLACJA: 17⁰⁰ / II KOLACJA: 20⁰⁰ Jeśli, w innych to proszę napisać jakich:

.....

9. Czy posiłki były ciepłe? TAK / NIE uwagi:

10. Czy posiłki były smaczne? TAK / NIE

uwagi :

11. Czy porcja była wystarczająca? TAK / NIE uwagi:

12. Czy posiłki były podane w sposób estetyczny? TAK / NIE

uwagi :

13. Czy potrzebował/a Pan/ Pani pomocy w spożyciu posiłku? TAK / NIE / NIEDOTYCZY

14. Czy w dniu wypisu Pan/Pani otrzymał/a posiłek? TAK /NIE

Jeśli tak, to co to był za posiłek (podkreślić właściwy):

ŚNIADANIE / II ŚNIADANIE / OBIAD : ZUPA , II DANIE / PODWIECZOREK /

KOLACJA / II KOLACJA

15. Czy dzień przed planowanym zabiegiem operacyjnym Pan/Pani otrzymał/a posiłek? TAK /NIE/

NIEDOTYCZY, Jeśli tak, to co to był za posiłek(podkreślić właściwy)

ŚNIADANIE / II ŚNIADANIE / OBIAD : ZUPA , II DANIE / PODWIECZOREK / KOLACJA / II KOLACJA

16. Czy lekarz poinformował Pana/ Panią o możliwości konsultacji z dietetykiem? TAK / NIE

Uwagi:

.....

.....

.....

.....