1. számú melléklet

**Élelmezés minőségfelmérés kérdőív**

**Tisztelt Kolléganő! Tisztelt Kolléga!**

Köszönjük, hogy részt vesz a felmérésben! Kérjük, hogy a kérdésekre saját tapasztalatai, illetve meggyőződése, valamint a kollégáktól, betegektől kapott visszajelzések alapján válaszoljon. Kérjük, hogy a válaszadáshoz kattintson az egérrel, szöveges válaszait pedig gépelje be a megfelelő helyre.

|  |
| --- |
| **I. Általános adatok** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Klinika, ahol Ön jelenleg dolgozik:***Kérjük, válasszon a felsorolásból!* | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |

|  |
| --- |
| **2. Mi az Ön jelenlegi beosztása/szakterülete?** *Kérjük, válasszon a felsorolásból!* |
| 1- Klinikavezető Főnővér |
| 2- Osztályvezető Főnővér/Főápoló |
| 3- Dietetikus/táplálkozási szakember |
| 4- Egyéb, éspedig: |

|  |
| --- |
| **II. Kiszállítás** |

|  |
| --- |
| **3. Tudomása szerint az Önök klinikájára naponta ilyen időpontban esedékes a…** |
| 3.1 Reggeli kiszállítása | …..tól…..ig | 88- Nem tudom/nincs információm |
| 3.2 Ebéd kiszállítása | …..tól…..ig | 88- Nem tudom/nincs információm |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Az Önök klinikájának (osztályának) munkarendjét tekintve Ön mennyire tartja megfelelőnek a reggeli kiszállításának tervezett idejét?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem megfelelő, 5=teljes mértékben megfelelő.* | 1—2—3—4—5 |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Az Önök klinikájának (osztályának) munkarendjét tekintve Ön mennyire tartja megfelelőnek az ebéd kiszállításának tervezett idejét?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem megfelelő, 5=teljes mértékben megfelelő.* | 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **6. Tapasztalata szerint az elmúlt 30 nap során hozzávetőleg hány napon érkezett később a reggeli, mint a tervezett kiszállítási idő?**  |
| …………….nap | 88-Nem tudom/nincs információm erről |
| **7. Tapasztalata szerint az elmúlt 30 nap során hozzávetőleg hány napon érkezett később az ebéd, mint a tervezett kiszállítási idő?**  |
| …………….nap | 88-Nem tudom/nincs információm erről |

|  |
| --- |
| **8. Véleménye szerint milyen, a kiszállítást éríntő változtatások javítanának a fekvőbetegek számára biztosított étkezési szolgáltatáson?** *Kérjük, a 3 legfontosabbat írja le!* |
| 1 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| 2 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| 3 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |

|  |
| --- |
| **III. Átvétel &Ételosztás** |

|  |
| --- |
| **9. Az Önök klinikáján és/vagy osztályán mikor történik a kiszállított reggeli mennyiségi és minőségi átvétele/ellenőrzése? pl: a rendelésnek megfelelő diétatípusok, megfelelő csomagolás, stb.** |
| 1- Az ételek kiszállításakor |
| 2- Ételosztásnál |
| 3- Nem történik átvétel |
| 8- Nem tudom/nincs erről információm |  |

|  |
| --- |
| **10. Az Önök klinikáján és/vagy osztályán mikor történik a kiszállított ebéd mennyiségi és minőségi átvétele/ellenőrzése? pl: a rendelésnek megfelelő diétatípusok, megfelelő csomagolás, stb.** |
| 1- Az ételek kiszállításakor |
| 2- Ételosztásnál |
| 3- Nem történik átvétel |
| 8- Nem tudom/nincs erről információm |  |

|  |
| --- |
| **11. Az elmúlt 30 nap során leggyakrabban milyen szakterületű/beosztású kolléga vette át a klinika és/vagy osztály fekvőbetegei számára kiszállított reggelit/ebédet a szolgáltató szállítójától?** |
| 1- Dietetikus |
| 2- Ápoló |
| 3- Osztályvezető ápoló |
| 4- Más munkatárs, éspedig: |
| 5- Nem volt személyes átvétel |
| 8- Nem tudom/nincs erről információm |

|  |
| --- |
| **12. Az Önök klinikáján és/vagy osztályán dokumentálják-e a kiszállított ételek mennyiségi és minőségi átvételét/ellenőrzését? Minőségi átvétel alatt értjük pl: a rendelésnek megfelelő diétatípusok, megfelelő csomagolás, stb.** |
| 1- Igen |
| 2- Nem |

|  |  |
| --- | --- |
| **13. Az elmúlt 30 nap során tapasztalata szerint menyire felelt meg egymásnak a megrendelt és a kiszállított ételadagok száma?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem megfelelő, 5=teljes mértékben megfelelő.* | 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **14. Véleménye szerint milyen, az ételek átvételét, illetve az ételosztást éríntő változtatások javítanának az étkezési szolgáltatáson?** *Kérjük, a 3 legfontosabbat írja le!* |
| 1 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| 2 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| 3 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |

|  |
| --- |
| **IV. Csomagolás & edények használhatósága, tisztasága** |

|  |
| --- |
| **15. Az elmúlt 30 nap során menyire volt Ön elégedett a csomagolva kiszállított ételek csomagolásával (sértetlen, higiénikus csomagolás)?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem volt elégedett, 5=teljes mértékben elégedett volt.* |
| Csomagolva kiszállított ételek csomagolásával (sértetlen, higiénikus csomagolás)? | 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **16. Az elmúlt 30 nap során menyire volt Ön elégedett a tálcaszettek tisztaságával?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem volt elégedett, 5=teljes mértékben elégedett volt.* |
| 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **17. Az elmúlt 30 nap során menyire volt Ön elégedett a Styropor (hőszigetelő szállítódoboz) esztétikai állapotával/használhatóságával?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem volt elégedett, 5=teljes mértékben elégedett volt.* |
| 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **18. Az elmúlt 30 napra visszatekintve, mennyire volt Ön elégedett a…?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem volt elégedett, 5=teljes mértékben elégedett volt.* |
| 18.1 Szállító konténerek esztétikai állapotával | 1—2—3—4—5 |
| 18.2 Szállító konténerek használhatóságával | 1—2—3—4—5 |
| 18.3 Szállító konténerek tisztaságával | 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **19. Véleménye szerint milyen, az ételek csomagolását, valamint az edények tisztaságát éríntő változtatások javítanának az étkezési szolgáltatáson?** *Kérjük, a 3 legfontosabbat írja le!* |
| 1 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| 2 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| 3 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |

|  |
| --- |
| **V. Étel, ital jellemzői** |

|  |
| --- |
| **20. Az elmúlt 30 nap során mennyire volt Ön elégedett az ételadagok méretével, egy-egy betegre jutó mennyiségével? (pl. elegendő szelet sajt vagy felvágott jutott egy adagra, megfelelő volt a leves mennyisége, a sülthús mérete, stb.)?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem volt elégedett, 5=teljes mértékben elégedett volt.* |
| 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **21. Az elmúlt 30 nap során mennyire volt Ön elégedett az ételek tartalmával, ízletességével?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem volt elégedett, 5=teljes mértékben elégedett volt.* |
| 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **22. Az elmúlt 30 nap során mennyire volt Ön elégedett az ételek hőmérsékletével?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem volt elégedett, 5=teljes mértékben elégedett volt.* |
| 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **23. Az elmúlt 30 nap során mennyire volt Ön elégedett az italtartó edények („Boci”) esztétikai állapotával?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem volt elégedett, 5=teljes mértékben elégedett volt.* |
| 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **24. Az elmúlt 30 nap során mennyire volt Ön elégedett az italtartó edények („Boci”) használhatóságával?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem volt elégedett, 5=teljes mértékben elégedett volt.* |
| 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **25. Véleménye szerint milyen, a kiszállított ételekkel és italokkal kapcsolatos változtatások javítanának az étkezési szolgáltatáson?** *Kérjük, a 3 legfontosabbat írja le!* |
| 1 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| 2 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| 3 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |

|  |
| --- |
| **VI. Visszaszállítás** |

|  |  |
| --- | --- |
| **26. Az Önök klinikájának (osztályának) munkarendjét tekintve Ön mennyire tartja megfelelőnek a tálcák visszaszállításának idejét?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem megfelelő, 5=teljes mértékben megfelelő.* | 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **27. Az elmúlt 30 nap során hozzávetőleg hány napon szállították vissza a szükségesnél korábban a tálcákat?**  |
| …………….nap | 88-Nem tudom/nincs információm erről |

|  |
| --- |
| **28. Az Önök klinikáján/osztályán ….?** |
| 30.1 Egyezteti-e valakivel a szállító a tálcák visszaszállításának időpontját? | 1-Igen 2-Nem 8-NT  |
| 30.2 Jelzi-e a helyszínen valakinek a szállító, hogy visszaszállítja a tálcákat? | 1-Igen 2-Nem 8-NT |
| 30.3 Történik-e- mennyiségi átadás- átvétel a tálcák visszaszállításakor? | 1-Igen 2-Nem 8-NT  |

|  |
| --- |
| **29. Véleménye szerint milyen, az edények és tálcaszettek visszaszállításával kapcsolatos változások javítanának az étkezési szolgáltatáson?** *Kérjük, a 3 legfontosabbat írja le!* |
| 1 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| 2 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| 3 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |

|  |
| --- |
| **VII. Panaszkezelés** |

|  |
| --- |
| **30. Amennyiben a betegek étkeztetésével kapcsolatos panasz, hiány, kifogás merül fel, Ön általában kihez fordul ezzel a problémával?** *Kérjük, válasszon a felsorolásból! Több választ is megjelölhet!* |
| 1- Eurest Kft |
| 2- Szolgáltási Igazgatóság |
| 3- Klinikai dietetikus |
| 4- Klinikavezető Főnővér |
| 5- Vezető dietetikus |
| 6- Másvalaki, éspedig: |

|  |
| --- |
| **31. Az elmúlt 30 nap során hozzávetőleg hány alkalommal jeleztek Önök a betegek étkeztetésével kapcsolatos problémát/kifogást az Eurest Kft felé?**  |
| …………….alkalom | 88-Nem tudom/nincs információm erről |

|  |
| --- |
| **32. Az elmúlt 30 nap során hozzávetőleg hány alkalommal volt szükség hiányos/sérült/nem megfelelő ételek pótlásának kezdeményezésére?**  |
| …………….alkalom | 88-Nem tudom/nincs információm erről |

|  |
| --- |
| **33. Mennyire volt Ön elégedett az elmúlt 30 nap során Eurest Kft gyorsaságával a problémák/panaszok megoldásában?** *Kérjük, válaszát az 1-5 közötti skálán adja meg, ahol 1=egyáltalán nem volt elégedett, 5=teljes mértékben elégedett volt.* |
| 1—2—3—4—5 |

|  |
| --- |
| **34. Mennyire szívesen ajánlaná Eurest Kft-t, mint közétkeztetési szolgáltatót más fekvőbeteg intézmények számára?** *Kérjük, válaszát az 0-10 közötti skálán adja meg, ahol 0=egyáltalán nem szívesen ajánlaná,10=nagyon szívesen ajánlaná.* |
| 0--1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 |

|  |
| --- |
| **35. Véleménye szerint milyen, korábban nem említett, egyéb változtatások javítanának a fekvőbetegek számára biztosított étkezési szolgáltatáson?** *Kérjük, a 3 legfontosabbat írja le!* |
| 1 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| 2 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| 3 Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |

***Köszönjük, hogy részt vett a kutatásban és segítette munkánkat! Kérjük, a befejezéshez kattintson az „Elküld” gombra.***