

Ankieta dotycząca usług hospicjum

Alternative survey instructions for use with a scannable form that uses bubbles rather than boxes for answer choices.

Proszę odpowiedzieć na pytania ankiety dotyczące opieki, jaką pacjent wymieniony w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety uzyskał we wskazanym hospicjum:

[NAME OF HOSPICE]

Wszystkie pytania tej ankiety będą dotyczyć doświadczeń związanych ze wskazanym hospicjum.

W celu uzyskania dalszych informacji o tej ankiecie, proszę zadzwonić pod numer [TOLL FREE NUMBER]. Wszystkie połączenia z tym numerem są bezpłatne.

OMB# 0938-1257

Ankieta wygasa dnia: 30 listopada 2027

Kto powinien wypełnić tę ankietę?

- ◆ Domownik, który wie najwięcej o opiece hospicyjnej, zapewnianej pacjentowi wymienionemu w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety.

Jak wypełnić tę ankietę

- ◆ Proszę o wypełnienie ankiety ciemnym długopisem.
- ◆ Prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania poprzez wypełnienie kółka po lewej stronie Pana/Pani odpowiedzi w następujący sposób:
 - Tak
- ◆ Czasami poprosimy o pominięcie niektórych pytań ankiety. W takim przypadku widoczna będzie strzałka z informacją, do którego pytania należy przejść, na przykład:
 - Tak → **Jeżeli Tak, proszę przejść do Pytania 1**
 - Nie

Na ankiecie może Pan/Pani zauważyć numer. Numer ten służy do poinformowania nas o tym, czy odesłał/-a Pan/Pani ankietę, abyśmy nie musieli wysłać Panu/Pani przypomnień.

EXAMPLE

Pacjent Hospicjum

1. Kim jest dla Pana/Pani pacjent wymieniony w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety?

- Mój współmałżonek/ka lub partner/ka
- Mój rodzic
- Moja teściowa lub teść
- Moja babcia lub dziadek
- Moja ciotka lub wujek
- Moja siostra lub brat
- Moje dziecko
- Moja przyjaciółka lub przyjaciel
- Inne (proszę wpisać drukowanymi literami):

2. W tej ankiecie zwrot „członek rodziny” oznacza pacjenta wymienioną w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety.

W jakich lokalizacjach członek rodziny korzystał z opieki tego hospicjum? Proszę wybrać jedną lub więcej odpowiedzi:

- Dom
- Ośrodek opieki z zamieszkaniem [*ang. Assisted living facility*]
- Dom opieki pielęgniarstwa [*ang. Nursing home*]
- Szpital
- Ośrodek / dom hospicjum
- Inne (proszę wpisać drukowanymi literami):

Pana/Pani Rola

3. Kiedy członek Pana/Pani rodziny był pod opieką hospicjum, jak często uczestniczył/a Pan/Pani w tej opiece lub nadzorował/a ją?

- Nigdy → **Jeżeli Nigdy, proszę przejść do Pytania 32**
- Czasami
- Zazwyczaj
- Zawsz