

Ankieta Pacjenta i Odwiedzających:

W którym szpitalu byłeś leczony?

Royal Berkshire Hospital <input type="checkbox"/>	West Berkshire Community Hospital <input type="checkbox"/>
Bracknell Healthspace <input type="checkbox"/>	Prince Charles Eye Unit <input type="checkbox"/>
Townlands Hospital <input type="checkbox"/>	Windsor Dialysis Unit <input type="checkbox"/>

Nazwa oddziału / departamentu _____

Data pobytu lub wizyty _____

Myśląc o swoim pobycie lub wizycie w szpitalu, jak oceniasz nasze usługi?

Bardzo dobrze <input type="checkbox"/>	Dobrze <input type="checkbox"/>	Ani dobrze, ani zle <input type="checkbox"/>
Zle <input type="checkbox"/>	Bardzo zle <input type="checkbox"/>	Nie wiem <input type="checkbox"/>

Powiedz nam, dlaczego udzieliłeś takiej odpowiedzi?

Zaznacz pole, jeśli NIE chcesz, aby Twoje komentarze były upubliczniane

Jaka jest Twoja płeć? _____

W jakim jesteś wieku? _____

Jakie jest Twoje pochodzenie etniczne? _____

Czy uważasz się za osobę niepełnosprawna? TAK NIE

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Proszę o zwrot na:

Freepost RLRJ-XCXE-XCZH Patient Experience L2 Main Entrance Royal Berkshire Hospital London Road Reading RG1 5AN
