**ANKIETA DOTYCZĄCA SATYSFAKCJI ŻYWIENIA PACJENTEK NA ODDZIALE GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZYM UCZESTNICZĄCYCH W PROGRAMIE PILOTAŻOWYM "DIETA MAMY"**

**W SZPITALU OGÓLNYM IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**

1. **Wiek**

**……………………………………………………………….**

1. **Jak ocenia Pani program „Dieta Mamy”?**

* BARDZO DOBRZE
* DOBRZE
* PRZECIĘTNIE
* ŹLE

1. **Czy spożywane posiłki są smaczne?**

* TAK
* CZASAMI TAK
* NIE

1. **Jak ocenia Pani estetykę podawanych posiłków?**

* BARDZO DOBRZE
* DOBRZE
* ŹLE

1. **Czy podawane posiłki są ciepłe?**

* TAK
* NIE

1. **Czy serwowane porcje są wystarczające?**

* TAK
* CZASAMI TAK
* NIE

1. **Czy jakość podawanych posiłków jest satysfakcjonująca?**

* TAK
* NIE

1. **Czy posiłki są urozmaicone?**

* TAK
* RACZEJ TAK
* NIE

1. **Czy przynajmniej w jednym posiłku występują świeże warzywa i owoce?**

* TAK
* NIE

1. **Czy w codziennym menu występują produkty pełnoziarniste?**

* TAK
* NIE

1. **Czy w jadłospisie występują produkty nabiałowe (mleko, jogurty, kefiry, jaja, sery)?**

* TAK
* NIE

1. **Czy zastawa, w której podawane są posiłki, jest czysta?**

* TAK
* NIE

**13. Czy poleciłaby Pani udział w programie innym kobietom?**

* TAK
* NIE

**14. Uwagi ogólne:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………