



SPITALUL ORĂȘENESC HÂRLĂU

Jud. Iași
Str. Bogdan Vodă, Nr. 15,
Cod fiscal: 4701258
Tel: 0232720300; Fax: 0232722259
E-mail: sp_harlau@yahoo.ro
www.spitaluloraseneschirlau.ro



CHESTIONAR PRIVIND SATISFACTIA PACIENTULUI / APARTINATORULUI

Spital Orășenesc Hârlău

Stimată doamnă / Stimate domn,

În vederea aprecierii îngrijirilor medicale pe care le-ați primit în spital și a creșterii calității acestora, vă rugăm să aveți amabilitatea de a răspunde întrebărilor din chestionarul de mai jos și de a depune acest chestionar în cutia inscripționată **“Chestionar pacient”**., care se află la intrarea în fiecare compartiment unde sunteți internat.

Acest chestionar se adresează persoanelor cu discernământ care au împlinit vârsta de 18 ani. În cazul copiilor sau a pacienților fără discernământ, completarea chestionarului se realizează de către aparținători. Pentru situațiile pacienților fără discernământ temporar, chestionarele se vor completa numai în momentul în care pacientul are discernământ.

Opiniile exprimate în cadrul chestionarului se referă doar la această internare.

Nu trebuie să vă semnați, acest chestionar este **anonim și confidențial** !!!

Vă rugăm să fiți sinceri și să alegeți varianta care descrie cel mai bine situația dvs.

Răspunsurile dumneavoastră sunt importante pentru noi !!!

Compartiment _____

Calitatea dumneavoastră: pacient : aparținător :

Date demografice: Sex: Bărbat Femeie ; Vârstă: ani; Mediu de rezidență: Urban Rural

1. La internare ați fost însoțit în secție de: personal sanitar

aparținători (membri de familie, prieteni, vecini, etc.) ați mers singur

2. Ați fost informat asupra drepturilor și obligațiilor dumneavoastră ca pacient? Da Nu

3. Ați fost informat asupra diagnosticului, tratamentului și regimului prescris de medic?

Da Parțial Nu

4. Personalul medico-sanitar a avut o atitudine amabilă și a manifestat disponibilitate față de dumneavoastră? Da Nu Uneori

5. Ați fost mulțumit de calitatea informațiilor (medicale și nemedicale) primite în spital? Da Nu

6. Ați fost instruit asupra modului în care ar fi trebuit să primiți medicamentele pe cale orală?

Întotdeauna Uneori Niciodată Nu a fost cazul

7. Cum apreciați calitatea curățeniei în spital? Foarte bună Satisfăcătoare Nesatisfăcătoare

8. Cum apreciați calitatea lenjeriei? Foarte bună Satisfăcătoare Nesatisfăcătoare

9. Cum apreciați condițiile de cazare? Foarte bune Satisfăcătoare Nesatisfăcătoare

10. Cum apreciați calitatea hranei și a modului de distribuire a acesteia?

Foarte bună Satisfăcătoare Nesatisfăcătoare

11. Administrarea medicamentelor pe cale orală s-a făcut sub supravegherea asistentei?

Întotdeauna Uneori Niciodată Nu a fost cazul

12. Ați fost mulțumit de îngrijirile acordate? Da Nu

13. Impresia dumneavoastră generală: Foarte mulțumit Mulțumit Nemulțumit

14. Dacă ar fi necesar să vă reinternati, ați opta pentru același spital? Da Nu

15. Medicamentele administrate în spital:

- le-ați primit din spital

- le-ați achiziționat dumneavoastră sau familia

- ambele variante de mai sus

16. Apreciați că vi s-au respectat drepturile dumneavoastră ca pacient? Da Nu Nu știu

17. Care sunt propunerile dvs. privind îmbunătățirea atât a *calității actului medical* cât și a *condițiilor oferite de spital*?

Vă rugăm detaliați

.....

.

VĂ MULȚUMIM !

Data completării: _____

Notă: Colectarea informațiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea Regulamentului (UE) 2016 / 679, Regulamentul General de Protecția Datelor.