

Stimată/ Stimate pacient

Pentru îmbunătățirea serviciilor oferite către dumneavoastră, vă rugăm să aveți amabilitatea de a răspunde întrebărilor care urmează, **lăsând varianta aleasă și ștergând celelalte variante**. Formularul completat poate fi trimis pe adresa de e-mail a spitalului, **depus în cutia poștală de la recepție parter sau de la biroul internări a spitalului**. Datele dumneavoastră de identitate nu trebuie completate. Formularul nu trebuie semnat.

1. Informații generale:

- a. Genul - feminin - masculin
b. Mediul de rezidență - urban - rural
c. Categoria de asigurat : - salariat - co-asigurat - pensionar
- elev/ucenic/ student (18-26 ani)
- liber profesionist
- alte categorii

2. Ați mai fost internat în acest spital?

DA NU

3. DE CE AȚI ALES ACEST SPITAL ?:

1. este aproape de locuință;
2. curățenie,
3. mâncare bună;
4. medicamente și materiale sanitare asigurate de spital;
5. profesionalismul personalului medical (medici și asistente);

4. Cunoașteți drepturilor și îndatoririlor care vă revin în sistemul asigurărilor sociale de sănătate ?

DA NU

5. Ce documente a-ți prezentat la internarea în spital?

- a). bilet de trimitere de la medicul de familie;
- b). bilet de trimitere de la medicul specialist din ambulator;
- c). ați fost internat de urgență;

6. Cum apreciați procedura de internare (timpul de la prezentarea dumneavoastră în spital până în momentul în care ați fost adus în salon) ?

1. timp de așteptare prea lung, deoarece :

- 1.a)- existau și alți pacienți care așteptau să fie internați
- 1.b) -personalul nu era prezent la ghișeu
- 1.c) - nu mi s-a acordat nici o atenție

2. am fost mulțumit de procedura de internare

3. am fost foarte mulțumit de procedura de internare

7. Ați semnat un document prezentat de către personalul medical în care ați fost informat despre riscurile tratamentului, intervențiilor și alternativele intervențiilor propuse ?

DA NU

8. La laborator, radiologie, EKG, ecografie, fizioterapie , consultații la alți medici specialiști ați fost însoțit de personalul secției ?

DA NU

9. Medicamentele necesare tratamentului dvs, în spital :

1. au fost asigurate de spital?
2. v-au fost cumpărate de familie ÎN TOTALITATE?
3. au fost asigurate de spital și familie ?

Dacă puteți, vă rugăm să nominalizați 1 medicament corespunzător variantei încercuite la întrebarea 9.....

10. Vă rugăm să acordați note de la 1 (cea mai mică) la 3 (cea mai mare), încercuind o singură opțiune pentru:

1). Calitatea îngrijirilor, amabilitatea și atitudinea medicului de salon :

nota 1 nota 2 nota 3

Aspecte negative.....

--	--	--	--	--

2). Calitatea îngrijirilor, amabilitatea și atitudinea asistentei medicale :

nota 1 nota 2 nota 3

Aspecte negative.....

3). Calitatea îngrijirilor , amabilitatea și atitudinea infirmierei:

nota 1 nota 2 nota 3

Aspecte negative.....

4). Condiții de cazare nota 1 nota 2 nota 3

Aspecte negative.....

5). Calitatea lenjeriei de pat: nota 1 nota 2 nota 3

Aspecte negative.....

6). Alimentație: a. -Gustul, nota 1 nota 2 nota 3

b. -Aspectul nota 1 nota 2 nota 3

c. -Modul de servire nota 1 nota 2 nota 3

d. -Cantitatea: nota 1 nota 2 nota 3

Aspecte negative.....

7). Curățenia în spital: - Saloane : nota 1 nota 2 nota 3

- Holuri și wc: nota 1 nota 2 nota 3

Aspecte negative.....

De câte ori se face curățenia în saloane pe zi: -1 dată

-de 2 ori

-de 3 ori

11. La externare ați primit: 1. rețetă simplă 2. nu am primit tratament

3. rețetă compensată/gratuită

12. Impresia dumneavoastră generală asupra calității serviciilor medicale furnizate de acest spital:

1. Foarte mulțumit

2. Mulțumit

3. Nemulțumit

13. Dacă ați reveni pentru tratament în acest spital sau dacă ați recomanda serviciile oferite de acest spital și altor persoane (prieteni, familie, rude , cunoștințe):

DA

NU

14. Precizați secția unde ați fost internat

Precizați numele medicului curant

15. Opinii pentru îmbunătățirea serviciilor :

--	--	--	--	--