

CHESTIONAR DE SATISFAȚIE AL PACIENTULUI AMBULATORIU

În vederea îmbunătățirii activității noastre și pentru evaluarea modului în care am venit în întâmpinarea necesităților dumneavoastră, vă rugăm să aveți amabilitatea de a completa chestionarul de mai jos, bifând căsuța care corespunde cel mai bine aprecierii dumneavoastră.

Nu trebuie să semnați acest chestionar pentru că este **anonim**. Vă asigurăm că tot ce va fi spus aici va rămâne **confidențial**. Informațiile obținute sunt analizate strict pentru îmbunătățirea activității spitalului, u respectarea prevederilor Regulamentului general privind protecția datelor (GDPR).

Informația obținută nu va fi asociată cu numele dumneavoastră. **Nu există răspunsuri corecte sau incorecte**. Pentru copii minori, pacienți fără discernământ, cu stări comatoase sau cu alte simptome care nu le permit acestora să completeze chestionarul, acesta se va completa de către aparținători.

Chestionarul completat va fi depus în urnele existente semnalizate ca atare dispuse în holul Ambulatoriului.

Specialitatea/cabinetul medical:

Data completării:

1. Cât de ușor a fost să obțineți programarea pentru consultație?

- ☐ Foarte ușor
☐ Ușor
☐ Dificil
☐ Foarte dificil
☐ Nu a fost necesară programarea

2. Cât de mulțumit sunteți de timpul de așteptare până la consultație?

- ☐ Foarte mulțumit
☐ Mulțumit
☐ Nemulțumit
☐ Foarte nemulțumit

3. Cum apreciați comportamentul, amabilitatea și disponibilitatea personalului?

Categoria de personal	Foarte bune	Bune	Nesatisfăcătoare	Nu am interacționat
Personal medical	☐	☐	☐	☐
Personal auxiliar/administrativ	☐	☐	☐	☐

4. Ați primit explicații clare privind diagnosticul, investigațiile, tratamentul și recomandările medicale?

- ☐ Da, explicațiile au fost clare
☐ Parțial
☐ Nu
☐ Nu a fost cazul

5. Ați fost informat despre beneficiile, riscurile și posibilele efecte adverse ale investigațiilor sau tratamentului propus?

- ☐ Da
☐ Parțial
☐ Nu
☐ Nu a fost cazul

6. Ați avut posibilitatea să adresați întrebări și să vă exprimați acordul sau refuzul cu privire la serviciile medicale propuse?

- ☐ Da
☐ Parțial
☐ Nu
☐ Nu a fost cazul

7. Pe durata consultației au fost respectate intimitatea, demnitatea și confidențialitatea informațiilor dumneavoastră medicale?

- ☐ Da, în totalitate
☐ Parțial
☐ Nu

8. Cum apreciați curățenia și condițiile din cabinet, sala de așteptare, holuri și grupurile sanitare utilizate?

- ☐ Foarte bune
☐ Bune
☐ Nesatisfăcătoare
☐ Nu pot aprecia

9. Personalul spitalului v-a solicitat să cumpărați medicamente sau materiale sanitare care ar fi trebuit asigurate de unitatea sanitară?

- ☐ Nu
☐ Da, ocazional
☐ Da, în mod repetat
☐ Nu a fost cazul

10. Pe baza experienței avute, ați recomanda ambulatoriul spitalului unei persoane care ar avea nevoie de servicii medicale?

- ☐ Da
☐ Nu
☐ Nu sunt hotărât(ă)

Ce considerați că ar trebui îmbunătățit?

.....
.....

Vă mulțumim pentru timpul acordat!

Data completării :