

CHESTIONAR

de evaluare a gradului de satisfacție a beneficiarilor/pacienților privind serviciile medicale acordate în IMSP AMT Botanica

Stimate Domn/Doamnă,
 În vederea îmbunătățirii calității și siguranței serviciilor prestate, suntem interesați să aflăm opinia Dvs.
 Vă rugăm să aveți amabilitatea de a completa următorul chestionar.
Nu trebuie să vă semnați, acest chestionar este anonim. Răspunsurile dumneavoastră sunt importante pentru noi!

Cum apreciați **satisfacția generală** pe parcursul vizitei?

 <input type="checkbox"/> Satisfăcut	 <input type="checkbox"/> Parțial satisfăcut	 <input type="checkbox"/> Nesatisfăcut
---	---	---

Dacă ați bifat **parțial satisfăcut sau nesatisfăcut**, rugăm să indicați la care din următoarele compartimente:

Prestarea/acordarea serviciilor medicale?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>	
Informare?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>	
Asigurarea medicală și plățile suplimentare în sănătate?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>	
Facilitățile/dotările din instituție?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>	

Mulțumim pentru completare până la această etapă.
 Totodată, pentru a analiza și a îmbunătăți calitatea și siguranța serviciilor medicale oferite, rugăm să răspundeți la următoarele întrebări:

CAPITOLUL I. Date generale

1.	Locuiți în zona de deservire a populației de către instituția noastră?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>	
2.	Vârsta	ani <input type="text"/>		
	Genul	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
	Ocupația Dvs.?	angajat salariat <input type="checkbox"/>	pensionar <input type="checkbox"/>	altă categorie <input type="checkbox"/>
3.	Care a fost motivul adresării în instituția noastră/echipa medicului Dvs. de familie?	urgență de sănătate <input type="checkbox"/>	acutizarea bolii cronice <input type="checkbox"/>	
		prescrierea medicamentelor compensate <input type="checkbox"/>		
		profilactic (analize/vaccin/control) <input type="checkbox"/>		

CAPITOLUL II. Prestarea/acordarea serviciilor medicale

4. Cunoașteți numele medicului Dvs. de familie?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
5. Cunoașteți numele asistentului/-ei medicului Dvs. de familie?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>

Evaluati următoarele aspecte care corespund situației Dvs.

	Da	Nu	Parțial
6. Ați fost informat/ă despre detaliile diagnosticului/problemei Dvs. de sănătate?			
7. Ați fost informat/ă despre tratamentul pe care trebuie să-l urmați?			
8. Pe durata consultului medical, în opinia Dvs., medicii au luat în considerare părerile, necesitățile și dorințele Dvs. pentru a stabili un plan de investigații și tratament?			
9. Ați fost informat/ă despre serviciile de screening/examen profilactic?			
10. În timpul vizitei Dvs. în instituția noastră, ați fost tratat/ă cu bunăvoință și respect?			

	foarte bună	bună	nesatisfăcătoare
11. ➤ Medicului de familie			
12. ➤ Medicilor specialiști			
13. ➤ Asistenților medicali			
14. ➤ Registratorilor medicali			
15. ➤ Personalului din Laborator			

CAPITOLUL III. Informare	
16. Ați fost informat/ă cu privire la drepturile Dvs. ca pacient(ă)? <i>(la asistența medicală gratuită în volumul stabilit de lege; asigurare medicală; atitudine respectuoasă; etc.)</i>	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
17. Ați fost informat/ă cu privire la responsabilitățile Dvs? <i>(măsurile profilactice obligatorii, inclusiv imunizări; respectarea regulilor de comportament stabilite pentru pacienți; respectarea drepturilor altor pacienți și ale personalului medical;)</i>	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
CAPITOLUL IV. Asigurarea medicală și plățile suplimentare în sănătate	
18. Aveți poliță de asigurare medicală?	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
19. Ați beneficiat de medicamente compensate?	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
20. Polița de asigurare medicală a acoperit toate cheltuielile aferente asistenței medicale primite în instituția noastră?	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
21. Dacă Nu , pentru ce ați plătit? <i>(bifați mai multe variante de răspuns)</i>	<input type="radio"/> Medicamente <input type="radio"/> Consultul specialiștilor <input type="radio"/> Analize de laborator <input type="radio"/> Investigații instrumentale (Ultrasonografie, roentgen, etc.) <input type="radio"/> Altele _____
22. Ați efectuat plăți neoficiale în instituția noastră?	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
23. Dacă Da , pentru ce servicii? <i>(bifați mai multe variante de răspuns)</i>	<input type="radio"/> Serviciile medicului <input type="radio"/> Serviciile asistentei medicale <input type="radio"/> Altele (specificați) _____
CAPITOLUL V. Facilitățile instituției medicale	
Evaluati cu un punctaj de la 0 la 5 (0-nesatisfăcător, 5 foarte bine) următoarele condiții din instituția noastră:	
24. Accesul în instituție <i>(indicatoare, rampe, balustrade, scări comode, bănci)</i>	Punctaj _____
25. Spațiul destinat așteptării pentru pacienți	Punctaj _____
26. Cât de ușor v-a fost să vă orientați de sine stătător în instituție și să găsiți medicul/cabinetul necesar <i>(indicatoare, panouri informative etc.)?</i>	Punctaj _____
27. Cum apreciați condițiile de igienă în instituția noastră <i>(în sala de proceduri, cabinetul medicului de familie, sala de triaj, staționarul de zi, blocul sanitar etc.)</i> .	Punctaj _____
CAPITOLUL VI. Loialitate /fidelitate	
28. Doriți să schimbați medicul Dvs. de familie?	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
29. Ați recomanda instituția noastră/medicul Dvs. de familie rudelor, prietenilor?	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
CAPITOLUL VII. Sugestii	
30. Ce recomandări aveți pentru îmbunătățirea calității serviciilor/satisfacției pacienților din instituția noastră?	

data.....

Vă multumim !