

**VPRAŠALNIK O ZADOVOLJSTVU PACIENTOV Z OBRAVNAVO V DNEVNI BOLNIŠNICI**

V MC Iatros želimo izboljševati kakovost oskrbe naših pacientov. Pri tem nam bo v veliko pomoč Vaše mnenje. Prosimo Vas, da izpolnite vprašalnik, ki je anonimen.

Iskreno se Vam zahvaljujemo za Vaše sodelovanje.

Prosimo označite kvadrateg pred izbranim odgovorom:

**1. Ali ste bili za sprejem v dnevno bolnico naročeni?**  da  ne

**2. Ali ste lahko sodelovali pri določitvi datuma sprejema?**  da  ne

**3. Koliko časa ste čakali v sprejemu na operacijo?**

manj kot 1 uro  1 do 2 uri  2 do 4 ure  več kot 4 ure

**4. Zaposleni so bili:** zelo prijazni prijazni neprijazni osorni

Zdravniki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinske sestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdravstveni administratorji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čistilke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spremljevalci pacientov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druge osebe (navedite kdo) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Ali so bili prostori dovolj čisti?**  da  ne

**6. Vam je zdravnik posredoval dovolj informacij o vaši bolezni in poteku zdravljenja?**

da, dovolj  premalo  nerazumljive informacije  ne

**7. So vam zdravstveni delavci pred posegi na razumljiv način razložili potek in možne zaplete?**

vedno pogosto redko nikoli

Zdravniki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinske sestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drugi (napišite kdo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Ali ste lahko sodelovali pri odločitvah o vaši zdravstveni obravnavi?**

vedno  pogosto  redko  nikoli





**9. Ali so vam zdravstveni delavci zagotovili zasebnost pri zdravstveni obravnavi (vas obvarovali pred neželjenimi pogledi in poslušanjem s strani drugih) ?**

	<u>vedno</u>	<u>pogosto</u>	<u>redko</u>	<u>nikoli</u>
Zdravniki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinske sestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drugi (napišite kdo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Ali so zdravstveni delavci ustrezno poskrbeli za lajšanje vaših bolečin**

vedno       pogosto       redko       nikoli

**11. Ali so vam zdravstveni delavci pred odhodom dali dovolj natančna navodila glede nadaljnjega poteka zdravljenja ( npr. datum kontrolnega pregleda, nega doma, itd.):**

	<u>da, dovolj</u>	<u>premalo</u>	<u>nerazumljive informacije</u>	<u>ne, nič</u>
ustna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pisna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PODATKI PACIENTA:**

1. Spol:                       moški                       ženski
2. Starost                     do 18 let                     18 do 29 let                     30 do 64 let                     nad 65 let
3. Izobrazba                 osnovna                     srednja                     visoka ali več

**Vprašalnik je izpolnil:**                       pacient sam     svojec ali skrbnik

**Spodnje vrstice so namenjene vašim pripombam, predlogom ali osebnemu mnenju:**

---

---

---

---

---

Morebitne pritožbe navedene na tem mestu ne bomo obravnavali kot Zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic. Omenjena zahteva mora biti vložena na posebnem obrazcu, ki je na voljo v naši čakalnici ali na okencu sprejemne pisarne ali na naši internetni strani.

Če želite nam lahko posredujete: ime in priimek: \_\_\_\_\_, tel. št.: \_\_\_\_\_

Izpolnjeni vprašalnik vrzite v označeni nabiralnik za pohvale ali pritožbe ali nam ga pošljite po pošti.

Najlepše se Vam zahvaljujemo za vaš trud in čas. Podatke bomo obravnavali zaupno.

Želimo Vam, da bi se pri nas čim boljše počutili.

Vodstvo MC Iatros