

**CHESTIONAR DE EVALUARE A SATISFACȚIEI PACIENTILOR /  
APARTINATORILOR DIN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE**

***Stimată/Stimat pacient/apartinător,***

În vederea aprecierii îngrijirilor medicale pe care le-ați primit în Ambulatoriul de Specialitate al Spitalului Municipal Câmpulung 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 spațiile special amenajate la nivelul Ambulatoriului de specialitate.**

Răspundeți la întrebări bifând varianta care descrie cel mai bine situația dvs.

**Nu trebuie să vă semnați, acest chestionar este anonim .**

**Răspunsurile dvs. sunt importante pentru noi!**

In cazul copiilor sau a pacientilor fara discernamint, completarea chestionarului se realizeaza de catre aparținători.

**Nume și prenume pacient (opțional):** \_\_\_\_\_

**CNP(opțional):** \_\_\_\_\_

1. Sex     masculin     feminin

2. Vârsta dvs. ..... ani

3. În ce cabinet ați fost consultat.....

**4.1 La intrarea în cabinetul medical, ați fost:**

a) chemat de personal sanitar     b) ati intrat singur

**4.2 Ați fost informat cu privire la drepturile dvs ca și pacient ?**

da     nu

**5. Vă rugăm să acordați calificative pentru următoarele servicii:**

**5.1 curățenie**     a) nesatisfăcător     b) bine     c) foarte bine

**5.2 atitudinea personalului**

a) nesatisfăcător     b) bine     c) foarte bine

**5.3 timpul acordat de medicul pentru consultația dumneavoastră.**

a) nesatisfăcător     b) bine     c) foarte bine

**5.4 calitatea îngrijirilor medicale acordate de :**

**5.4.1 medicul**     a) nesatisfăcător     b) bine     c) foarte bine

**5.4.2 asistente**     a) nesatisfăcător     b) bine     c) foarte bine

**5.5 amabilitatea personalului medical:**

a) nesatisfăcătoare     b) bună     c) foarte bună

**5.6 disponibilitatea personalului medical:**

a) nesatisfăcătoare     b) bună     c) foarte bună

**6. Ați fost instruit asupra modului în care ar fi trebuit să va administrați medicamentele pe cale orală (tablete, pastile) ?**

- a) da, întotdeauna       b) da, uneori       c) nu, niciodată

**7. Impresia dvs. generală :**

- a) nemulțumit       b) mulțumit       c) foarte mulțumit

**8. Dacă ar fi necesar să vă reîntorceți, ați opta pentru același spital?**

- a) în mod cert da       b) probabil că da       c) în mod categoric nu  
 d) nu se va mai întâmpla (de exemplu: pentru că nu locuiesc în zonă)

**9. Considerați ca v-au fost respectate drepturile dvs ca pacient:**

- a) da       b) nu

**Observații și sugestii referitoare la aspectele pozitive și/sau negative ale îngrijirilor medicale**

---

---

---

---

---

---

*Data completării* \_\_\_\_\_

*Vă mulțumim pentru colaborare!*