



## CHESTIONAR PRIVIND SATISFACTIA PACIENTULUI

În vederea aprecierii îngrijirilor medicale pe care le-ați primit în cadrul Centrului Medical Galaxy Med și pentru creșterea calității acestora, vă rugăm să aveți amabilitatea de a răspunde întrebărilor din chestionarul de mai jos.

- Chestionarul nu conține informații confidențiale despre dumneavoastră, iar răspunsurile la acest chestionar rămân **anonime**.
- Răspundeți la întrebări bifând varianta care descrie cel mai bine situația dumneavoastră. Bifați cu **X** în căsuța din dreptul variantei pe care ați ales-o.
- Pentru pacienții fără discernământ chestionarul poate fi completat de către însoțitor, dacă acesta dorește.
- După completare vă rugăm să introduceți chestionarul în cutia destinată colectării acestora, **situată la intrarea în curtea Centrului Medical Galaxy Med**.

**Vârsta pacient:** \_\_\_\_ ani; **Sex pacient:** Masculin/Feminin;

Nr. crt.	Întrebări	DA	Puțin	NU
1	Aveți cunoștință despre drepturile dumneavoastră ca pacient?			
2	Considerați că aceste drepturi v-au fost respectate de personalul medical pe timpul spitalizării?			
3	Apreciați în mod pozitiv calitatea comunicării, amabilitatea și disponibilitatea medicului curant pe timpul tratării?			
4	Informațiile primite de la medici v-au ajutat în ameliorarea stării dumneavoastră de sănătate?			
5	Apreciați în mod pozitiv calitatea îngrijirilor de sănătate asigurate de către asistentele medicale?			
6	Asistentele v-au explicat pe înțelesul dumneavoastră ce au de făcut legat de îngrijirea dumneavoastră?			
7	Ați fost instruit/ă asupra modului de administrare a medicației și a posibilelor reacții adverse ale acestora ?			
8	Medicamentele administrate v-au fost asigurate de spital?			
9	Administrarea medicamentelor pe cale orală s-a făcut sub supravegherea asistentei medicale?			
10	Ați fost mulțumit/ă de îngrijirile acordate pe timpul spitalizării?			
11	Dupa internare, în secție ați fost însoțit/ă de personalul medical?			



12	Sunteți mulțumit/ă de ambientul spitalului și condițiile de cazare care v-au fost puse la dispoziție?			
13	Sunteți mulțumit/ă de calitatea și serviciul de distribuire al hranei?			
14	Curățenia salonului și al spațiilor aferente acestuia a fost corespunzătoare?			
15	Sunteți mulțumit/ă de aspectul lenjeriei și a efectelor de spital?			
16	Ați opta tot pentru spitalul nostru dacă ar fi cazul să vă mai tratați afecțiunile medicale și ați recomanda spitalul altor persoane?			
17	Impresia dumneavoastră în legătură cu spitalizarea este că sunteți mulțumit/ă?			
18	Ați fost informat despre data estimată a externării?			

**Vă rugăm să menționați câteva observații și sugestii referitoare la aspectele pozitive și/sau negative ale spitalizării dumneavoastră în centrul nostru:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vă mulțumim pentru înțelegere și colaborare!**

Data: \_\_\_\_\_