



CHL /SUR/3

بیمارستان امام خمینی (ره) بناب

پرسشنامه و رضایت سنجی ویژه واحد اورژانس

نام مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان :

مراجعه کننده محترم این پرسشنامه جهت سنجش میزان رضایت شما از خدمات اورژانس، ارائه شده است لذا خواهشمندیم همکاری لازم را در خصوص تکمیل آن مبذول داشته تا مدیریت بیمارستان را در راستای بهبود هر چه بیشتر ارائه خدمت با استفاده از نتایج حاصل از آن یاری رسانید.

اطلاعات عمومی

پاسخ دهنده ☐ خود بیمار ☐ همراه ☐ سن : سال ☐ جنس : ☐ مذکر ☐ مونث ☐
میزان تحصیلات ☐ بی سواد ☐ زیر دیپلم ☐ دیپلم ☐ تحصیلات دانشگاهی ☐
شغل ☐ بیکار ☐ کارمند ☐ آزاد ☐ خانه دار ☐ بازنشسته ☐ سایر موارد با ذکر نام ☐
نوع بیمه :
☐ آزاد ☐ تأمین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ نیروهای مسلح ☐ بیمه های تکمیلی ☐ کارت روستایی ☐ کمیته امداد ☐ سایر ☐
محل سکونت : ☐ بومی ☐ غیربومی
علت انتخاب این بیمارستان :
☐ نزدیکی محل ☐ توصیه آشنایان ☐ نهایت این مرکز در مراجعات قبلی ☐ هزینه پایین ☐ ارجاع از سایر مراکز

حیطه بررسی	گویه	راضی	تا حدودی راضی	ناراضی
رضایت از تسهیلات و امکانات	1- رضایت از علائم راهنمایی کننده و تابلوها جهت دسترسی شما به بخشها و واحدهای مختلف تشخیصی و درمانی			
	2- رضایت از مکانی که جهت انتظار نشستن شما در محوطه اورژانس فراهم شده (نور، گرمایش، سرمایش، تهویه، سر و صدا و ...)			
	3- رضایت از موجود بودن دارو و تجهیزات پزشکی مورد نیاز			
	4- رضایت از نظافت و تمیزی بخش اورژانس			
رضایت از رعایت حقوق بیمار توسط کلیه پرسنل و انجام خدمت	5- رضایت از سرعت حضور پزشک بر بالین در بدو ورود به اورژانس			
	6- رضایت از پذیرش سریع و به موقع در بخش اورژانس			
	7- رضایت از دریافت بموقع اولین خدمت پرستاری			
	8- رضایت از حضور بموقع بیماربر			
	9- رضایت از انجام بموقع عکسبرداری ها و آزمایشات فوری			
	10- رضایت از حفظ حریم شخصی در انجام خدمات پزشکی			
	11- رضایت از نحوه ویزیت و ارائه اطلاعات درمانی کافی توسط پزشک			
	12- رضایت از هزینه اخذ شده برای درمان			
رضایت از نحوه برخورد پرسنل	13- رضایت از نحوه برخورد کادر نگهبانی			
	14- رضایت از نحوه برخورد کادر پذیرش			
	15- رضایت از نحوه برخورد کادر پرستاری			
	16- رضایت از نحوه برخورد پزشک			

- 17- آیا همراه بیمار جهت تهیه وسایل یا دارو به بیرون از بیمارستان فرستاده شده است؟ ☐ بله ☐ خیر
- 18- آیا این بیمارستان را جهت مراجعه مجدد برای دریافت خدمات مراقبتی انتخاب خواهید کرد؟ ☐ بله ☐ خیر
- 19- آیا این بیمارستان را به دوستان و بستگان خود برای مراجعه در صورت نیاز توصیه خواهید کرد؟ ☐ بله ☐ خیر

20- نام پرسنلی که رضایت دارید با ذکر علت بنویسید؟

21- نام پرسنلی که رضایت ندارید با ذکر علت بنویسید؟

22- عمده ترین عامل رضایت و ناراضیتی خود را از این بیمارستان به ترتیب اولویت ذکر فرمایید اگر پیشنهادی جهت بهبود وضعیت دارید عنوان نمایید؟

.....

.....