



بیمارستان امام خمینی (ره) بناب فرم سنجش رضایتمندی بیماران بستری

CHL /SUR/1

با سلام و آرزوی سلامتی

این پرسشنامه جهت تعیین میزان رضایت شما عزیزان از کیفیت خدمات درمانی در این بیمارستان طراحی شده است ، لذا خواهشمند است موارد را به دقت خوانده سپس علامت بزنید. لازم به ذکر است اطلاعات درج شده در پرسشنامه کاملاً محرمانه و صرفاً جهت بهبود وضعیت موجود می باشد.

از همکاری شما متشکریم

اطلاعات فردی :

تاریخ پذیرش تاریخ ترخیص بخش تشخیص

☐ مونث ☐ مذکر سن

وضعیت ناهل: ☐ متاهل ☐ مجرد ☐ سابقه بستری: ☐ دارد ☐ ندارد ☐ شغل

میزان تحصیلات: ☐ بی سواد ☐ ابتدایی ☐ متوسطه ☐ دانشگاهی

حیطه بررسی	موارد	راضی	ناحدهدی راضی	ناراضی
پذیرش	1 نحوه برخورد پرسنل پذیرش			
	2 دریافت راهنمایی های لازم هنگام پذیرش			
	3 سرعت و سهولت در مراحل پذیرش			
خدمات پزشکی	1 نحوه برخورد پزشک			
	2 دسترسی به پزشک در صورت نیاز			
	3 دریافت اطلاعات ضروری و پاسخدهی به سوالات			
	4 حفظ اسرار در طول درمان توسط پزشک			
خدمات پرستاری	1 نحوه برخورد تیم پرستاری			
	2 دسترسی به پرستار در صورت نیاز			
	3 دریافت اطلاعات ضروری و پاسخدهی به سوالات			
	4 آموزش در ارتباط با بیماری			
	5 حفظ اسرار در طول درمان توسط پرستار			
امکانات بهداشتی و رفاهی	1 تعویض به موقع لباس ، ملحفه ، پتو			
	2 امکانات رفاهی (تلویزیون، صندلی، آبسرد کن و...)			
	3 نحوه برخورد پرسنل خدماتی			
	4 وضعیت نظافت اتاقها			
	5 وضعیت نظافت دستشویی و حمام			
	6 میزان آرامش بخش بودن محیط بیمارستان			
تغذیه	1 نحوه برخورد توزیع کننده غذا			
	2 بهداشت و نظافت توزیع کننده غذا			
	3 توزیع به موقع غذا			
	4 کیفیت غذا			

حیطه بررسی	موارد	راضی	ناحدودی راضی	ناراضی
اطلاع رسانی	1 دسترسی به واحد مورد نظر با استفاده از تابلوهای راهنما			
	2 نحوه برخورد پرسنل اطلاعات			
	3 ارائه راهنماییهای لازم در صورت نیاز			
نگهبانی	1 نحوه برخورد			
	2 برقراری نظم در بیمارستان و بخش ها			
	3 ارائه راهنماییهای لازم در صورت نیاز			
ترخیص	1 نحوه برخورد پرسنل واحد ترخیص			
	2 دریافت راهنمایی های لازم هنگام ترخیص			
	3 سرعت و سهولت در مراحل ترخیص			
رعایت منشور حقوق بیمار	1 دریافت خدمات سلامت با محوریت رعایت عدالت ، احترام و اولویتهای درمانی			
	2 دریافت اطلاعات کافی در تمام زمینه های مورد نیاز بیمار از جمله (روشهای تشخیصی ، عوارض احتمالی ، هزینه ها و ...)			
	3 حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه در خصوص خدمات سلامت			
	4 رعایت اصل راز داری و حریم خصوصی در کلیه مراحل مراقبت و درمان			
	5 آگاهی از نحوه رسیدگی به شکایات و چگونگی دریافت نتیجه			

* به نظر شما کدامیک از گزینه های زیر در ارتباط با روزهای ملاقات مناسبتر است ؟

همه روزه (2-4) ☐ دو روز در هفته و روزهای تعطیل (2-4) ☐ سه روز در هفته و روز های تعطیل (2-4) ☐

* مهمترین عواملی که بیشترین رضایت شما را از خدمات بیمارستان فراهم کرده است بنویسید.

* مهمترین عواملی که بیشترین ناراضیاتی شما را از خدمات بیمارستان فراهم کرده است بنویسید.

* آیا این بیمارستان را به دیگر دوستان و آشنایان خود توصیه خواهید کرد ؟ چرا ؟

* برای بهبود کیفیت خدمات و تامین رضایت بیشتر چه پیشنهادی دارید؟

* ذکر نام پرسنل مورد نظر که شما از ایشان رضایت دارید :

* ذکر نام پرسنل مورد نظر که شما از ایشان ناراضی هستید :

با آرزوی سلامتی روز افزون برای شما

* در صورت تمایل نام و شماره تماس خود را بنویسید :

