



## بیمارستان امام خمینی (ره) بناب فرم سنجش رضایتمندی همراه بیمار بستری

CHL /SUR/2

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 کاملا محرمانه و صرفا جهت بهبود وضعیت موجود می باشد. از همکاری شما متشکریم

### اطلاعات فردی:

مدت حضور شما در بیمارستان  بخش  مونث  مذکر  سن

وضعیت ناهل: متاهل  مجرد  شغل

میزان تحصیلات: بی سواد  ابتدایی  متوسطه  دانشگاهی

ردیف	عنوان	راضی	تاحدودی راضی	ناراضی
1	جهت استراحت در محوطه ی بیمارستان نیمکت وجود دارد.			
2	در محوطه ی بیمارستان آلاچیق و فضای استراحت وجود دارد.			
3	در محوطه ی بیمارستان برای استفاده کودکان، وسایل بازی وجود دارد.			
4	دستگاه خود پرداز فعال در بیمارستان وجود دارد.			
5	کیوسک تلفن عمومی در بیمارستان وجود دارد.			
6	فروشگاه خرید موارد غذایی و بوفه در بیمارستان وجود دارد.			
7	کارکنان بیمارستان صبور، مهربان و دلسوز هستند و با احترام رفتار می کنند.			
8	در مواقع مورد نیاز امکان برقراری ارتباط سریع با پرستاران وجود دارد.			
9	امکانات لازم برای همراهان در بخش ها وجود دارد.(تخت همراه یا صندلی)			
10	در تصمیم گیری های درمانی به نظرات بیمار و خانواده او توجه می شود.			
11	در صورت امکان انتخاب، این بیمارستان را جهت درمان انتخاب می کنم.			
12	برای اقامه ی نماز، امکانات و لوازم مورد نیاز در دسترس می باشد.			
13	از نحوه ی برخورد پرسنل راضی هستم.			
14	از سرعت انجام کار و مدت زمان انتظار راضی هستم.			
15	اطلاعات مورد نیاز در خصوص نوع بیمه، هزینه های درمانی و اقدامات بالینی در اختیار بیمار و همراهان آن قرار گرفت.			

\* 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 نارضایتی 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 :