

## واحد طرح تکریم ارباب رجوع دانشگاه علوم پزشکی تبریز

پرسشنامه رضایت سنجی بخشهای بستری مرکز آموزشی و درمانی / بیمارستان : ..... نام بخش: .....

پاسخ دهنده :  بیمار  همراه      جنس:  مذکر  مونث      سن: ..... سال

شغل:  بیکار  کارگر  کارمند  آزاد  خانه دار  بازنشسته  سایر موارد با ذکر نام: .....

میزان تحصیلات:  بی سواد  خواندن و نوشتن  زیر دیپلم  دیپلم  تحصیلات دانشگاهی

محل سکونت:  بومی  غیر بومی

نوع بیمه:  آزاد  تامین اجتماعی  خدمات درمانی  نیروهای مسلح  بیمه های تکمیلی  کارت روستایی  کمیته امداد  سایر

### علت انتخاب این بیمارستان:

نزدیکی محل  توصیه آشنایان  رضایت از این مرکز در مراجعات قبلی  هزینه پایین  موجود بودن نیروهای متخصص و تجهیزات

در این مرکز  ارجاع از سایر مراکز  منحصر بفرود بودن این مرکز  معرفی پزشک  مراجعه اورژانس  سایر موارد

| ردیف | گویه   | خیلی زیاد | متوسط | کم | خیلی کم |
|------|--|-----------|-------|----|---------|
| ۱    | رضایت از وجود تابلوها و علائم راهنما در بیمارستان برای راهنمایی              |           |       |    |         |
| ۲    | رضایت از طرز برخورد و راهنمایی پرسنل نگهداری و اطلاعات                       |           |       |    |         |
| ۳    | رضایت از برخورد واحد پذیرش   |           |       |    |         |
| ۴    | رضایت از توضیحات پزشک در مورد بیماری و روند درمان شما                        |           |       |    |         |
| ۵    | رضایت از نحوه برخورد و توجه پزشک   |           |       |    |         |
| ۶    | رضایت از اقدامات پرستاری   |           |       |    |         |
| ۷    | رضایت از نحوه برخورد و توجه پرستاران   |           |       |    |         |
| ۸    | رضایت از انجام به موقع و مناسب انجام رویه های تشخیصی                         |           |       |    |         |
| ۹    | رضایت از رعایت حریم شخصی و خصوصی بیمار توسط پرسنل                            |           |       |    |         |
| ۱۰   | رضایت از فضای فیزیکی بخش (گرمایش، سرمایش، نور، ...)                          |           |       |    |         |
| ۱۱   | رضایت از غذای سرو شده (طعم و مزه، مقدار و تمیزی)                             |           |       |    |         |
| ۱۲   | رضایت از عملکرد و برخورد کمک بهیاران بخش                                     |           |       |    |         |
| ۱۳   | رضایت از زمان و مدت ملاقات   |           |       |    |         |
| ۱۴   | رضایت از دسترسی برای تهیه وسایل یا دارو در داخل بیمارستان                    |           |       |    |         |
| ۱۵   | رضایت از امکانات رفاهی بخش (تلفن، تخت همراه، آسانسور و...)                   |           |       |    |         |
| ۱۶   | رضایت از نظافت و تمیزی بخش   |           |       |    |         |
| ۱۷   | رضایت از وضعیت سرویس های بهداشتی   |           |       |    |         |
| ۱۸   | رضایت شما از حضور بموقع و برخورد کارشناسان بیمه                              |           |       |    |         |
| ۱۹   | رضایت از برخورد و عملکرد کارکنان صندوق                                       |           |       |    |         |
| ۲۰   | رضایت از برخورد و عملکرد واحد ترخیص  |           |       |    |         |
| ۲۱   | رضایت شما از انجام بموقع مراحل ترخیص   |           |       |    |         |
| ۲۲   | رضایت از هزینه های دریافتی توسط بیمارستان                                    |           |       |    |         |
| ۲۳   | رضایت از عملکرد واحد مددکاری   |           |       |    |         |
| ۲۴   | رضایت از توصیه های ارائه شده در مورد مراقبت از خود در منزل و پیگیری های بعدی |           |       |    |         |

۲۵. آیا در صورت بیماری این بیمارستان را مجدداً انتخاب خواهید کرد؟      بله  خیر

۲۶. آیا این بیمارستان را برای مراجعه به دیگران توصیه خواهید کرد؟      بله  خیر

۲۷. عمده ترین عامل رضایت و ناراضی شما از این بیمارستان چیست به ترتیب اولویت ذکر فرمایید؟ .....