

بسمه تعالی

تاریخ تکمیل فرم :/...../..... ۱۳

پرسشنامه میزان رضایتمندی مراجعین از خدمات بخش سرپایی

مراجعه کننده گرامی: با سلام و آرزوی سلامتی و شفای عاجل برای شما، خواهشمند است با پاسخ های دقیق به سوالات زیر، مسئولین بیمارستان را در جهت بهبود و ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده یاری فرمایید.

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی بیمارستان

جنس: مذکر مؤنث سن: سال میزان تحصیلات: کمتر از متوسطه متوسطه و دیپلم دانشگاهی وضعیت تأهل: مجرد متأهل وضعیت اشتغال: شاغل بیکار بازنشسته محصل/ دانشجو خانه دار سایر موارد: علت مراجعه: نوع تخصص: دفعات مراجعه: ۱ مرتبه بیش از ۱ مرتبه نوع بیمه: تأمین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح بدون پوشش بیمه ای سایر بیمه ها:

ردیف	سؤال	بلی	تاحدودی	خیر
۱	آیا محل درمانگاه به راحتی در دسترس است؟ (وجود تابلوهای راهنما، اطلاعات و)			
۲	آیا در ورودی درمانگاه رمپ با شیب مناسب (جهت معلولین و افراد با مشکلات حرکتی) در دسترس است؟			
۳	آیا از نحوه برخورد کارکنان درمانگاه (منشی، پذیرش، نگهبانی، خدمات و) رضایت دارید؟			
۴	آیا تابلوی معرفی تمام پزشکان متخصص نصب و برنامه ویزیت بیماران در تمام ایام هفته اطلاع رسانی شده است؟			
۵	آیا از مدت زمان انتظار جهت ویزیت و رعایت نوبت توسط کارکنان درمانگاه رضایت دارید؟			
۶	آیا از نحوه برقراری ارتباط توسط پزشک و ارائه آموزش، راهنمایی و توضیحات لازم در مورد بیماری و داروهای تجویز شده رضایت دارید؟			
۷	آیا از دقت و مهارت پزشکان درمانگاه رضایت دارید؟			
۸	آیا از نحوه برخورد پزشکان معالج رضایت دارید؟			
۹	آیا از نحوه برخورد کادر پزشکی غیر از پزشکان معالج رضایت دارید؟			
۱۰	آیا حریم خصوصی شما در هنگام معاینه رعایت شده است؟ (در اتاق معاینه، به هنگام معاینه شما فردی غیر مرتبط هم حضور داشت)			
۱۱	آیا از میزان هزینه پرداختی بابت اقدامات تشخیصی درمانی رضایت دارید؟			
۱۲	آیا از تمیزی و نظافت درمانگاه و سرویس های بهداشتی رضایت دارید؟			
۱۳	آیا از شرایط محیطی و امکانات رفاهی موجود در درمانگاه (گرمایش، سرمایش، تهویه، تعداد صندلی، آب سردکن،) رضایت دارید؟			
۱۴	آیا از نحوه دسترسی، برخورد پرسنل، پاسخگویی و نوبت دهی آزمایشگاه رضایت دارید؟			
۱۵	آیا از نحوه دسترسی، برخورد پرسنل، پاسخگویی و نوبت دهی رادیولوژی رضایت دارید؟			
۱۶	آیا از نحوه دسترسی، برخورد پرسنل، پاسخگویی و نوبت دهی داروخانه رضایت دارید؟			
۱۷	آیا از نحوه دسترسی، برخورد پرسنل، پاسخگویی و نوبت دهی صندوق رضایت دارید؟			

- در صورت نیاز آیا مایل به مراجعه ی مجدد به این درمانگاه هستید؟ بلی خیر
- آیا به دیگران توصیه می کنید که جهت دریافت خدمات سرپایی به این درمانگاه مراجعه کنند؟ بلی خیر
- چنانچه برای چندمین بار است که به این درمانگاه مراجعه می کنید، آیا به نظر شما سرویس خدمات رسانی این درمانگاه نسبت به قبل: بهتر شده است بدتر شده است فرقی نکرده است
- آیا مسأله خاصی در مراجعه به این درمانگاه بوده است که موجب ناراحتی شما شده باشد؟ لطفا نام ببرید؟
- مدت زمان انتظار جهت ویزیت از ساعتی که به شما وقت داده شده است چند دقیقه بود؟