

**CHESTIONAR DE EVALUARE A SATISFACȚIEI PACIENTILOR /  
APARTINATORILOR – Consultatii / Cabinete / Ambulatoriu**

*Stimată/Stimat pacient/apartinator,*

În vederea aprecierii îngrijirilor medicale pe care le-ați primit în cadrul GTL MEDICAL CLINIC și a creșterii calității acestora, vă rugăm să aveți amabilitatea de a răspunde întrebărilor din chestionarul de mai jos și de a depune acest chestionar. **Chestionarul se va depune în spațiile special amenajate la nivelul ambulatoriului de specialitate.**

Răspundeți la întrebări bifând varianta care descrie cel mai bine situația dvs.

**Nu trebuie să vă semnați, acest chestionar este anonim.**

**Răspunsurile dvs. sunt importante pentru noi!**

**În cazul copiilor sau a pacienților fara discernamint, competarea chestionarului se realizeaza de catre aparținatori.**

1.  bărbat  femeie

2. **Vârsta dvs.** ..... ani

3. **În ce cabinet de specialitate/ați fost consultat**.....

4.1 **La intrarea în cabinetul medical, ați fost:**

a) chemat de personal sanitar  b) ați intrat singur

4.2 **Ați fost informat cu privire la drepturile dvs ca si pacient ?**  da  nu

5. **Vă rugăm să acordați calificative pentru următoarele servicii:**

**5.1 curățenie:**  a) nesatisfacator  b) bine  c) foarte bine

**5.2 atitudinea personalului:**

a) nesatisfăcător  b) bine  c) foarte bine

**5.3 timpul acordat de medicul pentru consultația dumneavoastră:**

a) nesatisfăcător  b) bine  c) foarte bine

**5.4 calitatea îngrijirilor medicale acordate de :**

**5.4.1 medicul :**  a) nesatisfăcător  b) bine  c) foarte bine

**5.4.2 asistentele medicale:**  a) nesatisfăcător  b) bine  c) foarte bine

**5.5 amabilitatea personalului medical:**

a) nesatisfăcătoare  b) buna  c) foarte buna

**5.6 disponibilitatea personalului medical:**

a) nesatisfăcătoare  b) buna  c) foarte buna

6. **Ați fost instruit asupra modului în care ar fi trebuit să va administrați medicamentele pe cale orală (tablete, pastile) ?**

a) da, întotdeauna  b) da, uneori  c) nu, niciodată

7. **Impresia dvs. generală :**

a) nemulțumit  b) mulțumit  c) foarte mulțumit

**8. Dacă ar fi necesar să vă reîntorceți, ați opta pentru același spital ?**

- a) în mod cert da  b) probabil că da  c) în mod categoric nu  
 d) nu se va mai întâmpla (de exemplu: pentru că nu locuiesc în apropierea spitalului)

**9. Considerați ca v-au fost respectate drepturile dvs ca pacient:**

- a) da  b) nu

**Observații și sugestii referitoare la aspectele pozitive și/sau negative ale îngrijirilor medicale**

---

---

*Vă mulțumim pentru colaborare!*

- *Chestionarul îl veți depune în spațiile special amenajate la nivelul unității noastre. Va rugăm să răspundeți individual la acest chestionar, respectând cerința fiecărui item. Nu există răspunsuri corecte sau greșite.*

**NOTĂ 3. Colectarea informațiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.**