**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Θα πρέπει να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο μόνο εάν νοσηλευθήκατε στο Νοσοκομείο μας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται **ανώνυμα.**

*Το Νοσοκομείο μας έχει λάβει όλα τα απαιτούμενα μέτρα για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων.*

Η συμμετοχή σας θα συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το Νοσοκομείο μας.

**Ημερομηνία : .. / .. / ….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ** | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Φύλο:** | Άνδρας  Γυναίκα | **Ηλικία:** ετών | **Υπηκοότητα:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Είστε κάτοικος Νομού Χαλκιδικής:** Ναι  Όχι **Νομού:** | | | | | | | |
| **Είστε ασφαλισμένος:** Ναι  Όχι **Παρακαλώ σημειώστε το Ταμείο σας:** | | | | | | | |
| **Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο;:** Ο ίδιος ο ασθενής  Συγγενής ή συνοδός | | | | | | | |
| **ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ** | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | 1. Η εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο ήταν: | Επείγουσα   Προγραμματισμένη | | 1α. Αν ήταν επείγουσα, πόσος χρόνος (σε λεπτά)  χρειάστηκε για τη μεταφορά σας στην κλινική; | 1β. Αν ήταν προγραμματισμένη, σε πόσο χρόνο  πραγματοποιήθηκε; | | 15΄-30΄ | Λιγότερο από 1 εβδομάδα | | 30΄-60΄ | 1-2 εβδομάδες  2-3 εβδομάδες | | Περισσότερο από 60΄ | 3 εβδομάδες έως 1 μήνα | |  | Περισσότερο από 1 μήνα | |  | | | 2. Κλινική Νοσηλείας: |  | |  | | | 3. Νοσηλεύεστε για πρώτη φορά σε αυτό το νοσοκομείο; | Ναι  Όχι Διάρκεια νοσηλείας σε ημέρες: | |  | | | 4. Έχετε ενημερωθεί για τα δικαιώματα του ασθενή; | Ναι  Όχι | | 4α. Αν σας δόθηκε ενημέρωση, τη βρήκατε επαρκή; | Ναι  Όχι | |  | | | **Παρακαλούμε αξιολογήστε τις υπηρεσίες που σας παρασχέθηκαν στο Γ.Ν.Χ., επιλέγοντας την απάντηση που είναι κοντύτερα στις εντυπώσεις που διαμορφώσατε κατά την παραμονή σας στο Νοσοκομείο.** | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ / ΥΠΟΔΟΧΗ** | | Πολύ Κακή | Κακή | Μέτρια | Καλή | Πολύ Καλή | | 1. | Περιβάλλον Νοσοκομείου / Κτιριακές υποδομές |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 2. | Επιμέλεια – Καθαριότητα δωματίου / θαλάμων |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 3. | Ποιότητα φαγητού |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 4. | Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων ή θεραπειών |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 5. | Αντιμετώπιση του πόνου κατά τη νοσηλεία σας |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 6. | Συμπεριφορά του ατόμου που διεκπεραίωσε την εισαγωγή σας |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 7. | Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εξιτηρίου |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 8. | Συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στους επισκέπτες/συνοδούς σας |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 9. | Είστε ικανοποιημένος από την εξυπηρέτηση των Διοικητικών υπηρεσιών  του Νοσοκομείου μας  (Γραμματεία Εξωτ. Ιατρείων, Γραφείο Κίνησης Ασθενών, κ.α.) |  |  |  |  |  | |  | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ** | | Πολύ Κακή | Κακή | Μέτρια | Καλή | Πολύ Καλή | | 1. | Συμπεριφορά ιατρικού προσωπικού |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 2. | Ενημέρωση που είχατε σχετικά με την κατάστασή σας και τη θεραπεία σας |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 3. | Προθυμία του ιατρικού προσωπικού να απαντήσει στις απορίες και τις ανησυχίες σας |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 4. | Συχνότητα επικοινωνίας με το θεράποντα ιατρό |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 5. | Ανταπόκριση ιατρικού προσωπικού στην επίλυση τυχόν προβλημάτων που παρουσιάσθηκαν κατά τη νοσηλείας σας στο Νοσοκομείο |  |  |  |  |  | |  | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ** | | Πολύ Κακή | Κακή | Μέτρια | Καλή | Πολύ Καλή | | 1. | Συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | 2. | Ανταπόκριση στην περίπτωση ειδοποίησης για την παροχή βοήθειας ή την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΑΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ** | Πολύ Κακή | | Κακή | | Μέτρια | | Καλή | | Πολύ Καλή | | | Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειαστήκατε βοήθεια από τους νοσηλεύτριες/τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια; |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, σας βοηθούσαν οι νοσηλεύτριες/τες  για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια; |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | 3.Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειαστήκατε αναλγητικό  φάρμακο; |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | 4.Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, ελεγχόταν ικανοποιητικά  ο πόνος; |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | 5.Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, το προσωπικό του νοσοκομείου  έκανε ό,τι μπορούσε προκειμένου να σας βοηθήσει στην αντιμετώπιση του πόνου; |  |  | |  | |  | |  | | | 6.Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, σας χορηγήθηκαν φάρμακα που δεν τα είχατε πάρει στο παρελθόν; |  |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΟΤΑΝ ΦΥΓΑΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ** | | | | | | | |
| **1. Όταν φύγετε από το νοσοκομείο, θα πάτε κατευθείαν στο σπίτι σας, σε άλλο χώρο διαμονής (όπως π.χ. Ίδρυμα, Γηροκομείο, σπίτι κάποιου άλλου) ή σε άλλη υγειονομική μονάδα;** | | | | | | | |
| |  | | --- | | Στο δικό μου σπίτι | | Σε άλλο χώρο διαμονής ( Ίδρυμα  Γηροκομείο  Σπίτι κάποιου άλλου ) | | Σε άλλη υγειονομική μονάδα ( Νοσοκομείο  Κλινική  Κέντρο αποκατάστασης ) | | | | | | | | |
| **ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ** | | | | | | | |
| 1. Με κλίμακα από 1-10 (άριστα το 10) πως θα αξιολογούσατε το Νοσοκομείο; | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | |
| 2. Θα συστήνατε το Νοσοκομείο αυτό σε άλλους; | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Ναι | Όχι | Ίσως | Δεν ξέρω | | | | | | | | |
| 3. Πως θα αξιολογούσατε συνολικά τις υπηρεσίες που σας παρείχε το Νοσοκομείο;   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Πολύ κακές | Κακές | Μέτριες | Καλές | Πολύ καλές | | | | | | | | |
| **ΜΕΡΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΠΟΜΕΝΕΙ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΘΟΥΝ** | | Πολύ Κακή | Κακή | Μέτρια | Καλή | Πολύ Καλή |
| 1. | Γενικά, πως θα αξιολογούσατε συνολικά την υγεία σας; |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
| 2. | Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσής σας; Μέχρι 3η Γυμνασίου  Λύκειο ΑΕΙ - ΤΕΙ | | | | |  |
|  | | | | | | |
| 3. | |  | | --- | |  |   Ποια η εθνικότητά σας (όπως γράφεται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριό σας) | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 4. | Πόσο καιρό διαμένετε στην Ελλάδα; Μόνιμος κάτοικος (Έλληνας ή αλλοδαπός)   |  | | --- | |  |   Άλλο (παρακαλώ σημειώστε το χρονικό  Διάστημα σε μήνες) | | | | | |
| |  | | --- | | **ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ / ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ / ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ** | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **ΑΝ ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΟΥΜΕ ΜΑΖΙ ΣΑΣ, ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΣ** |
| **ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ)** |
|  |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΟΝΥΜΟ** |
|  |
| **ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |
|  |
| **Email** |
|  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** |
|  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ** |
| **ΟΙΚΙΑΣ: ΚΙΝΗΤΟ:** |
|  |

**Σας ευχόμαστε καλή Ανάρρωση**

|  |
| --- |
| **ΥΠΟΒΟΛΗ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Συνέχεια | Καθαρισμός | Επιστροφή |

**Παρακαλούμε, αφού συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο της έρευνας , παραδώστε στο σημείο**

**που θα σας υποδειχθεί στην την κλινική ή στο Γραφείο Κίνησης ή**

**στο Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/τριών Υπηρεσιών Υγείας (Π.Δ.Λ.Υ.Υ.).**

**Σας ευχόμαστε καλή Ανάρρωση**