**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** | ΠολύΚακή | Κακή | Μέτρια | Καλή | ΠολύΚαλή |
| 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 υπηρεσιώντου Νοσοκομείου μας(Γραμματεία Εξωτ. Ιατρείων, Γραφείο Κίνησης Ασθενών, κ.α.) |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ** | ΠολύΚακή | Κακή | Μέτρια | Καλή | ΠολύΚαλή |
| 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** | ΠολύΚακή | Κακή | Μέτρια | Καλή | ΠολύΚαλή |
| 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** | ΠολύΚακή | Κακή | Μέτρια | Καλή | ΠολύΚαλή |
| 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 νοσοκομείουέκανε 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** | ΠολύΚακή | Κακή | Μέτρια | Καλή | ΠολύΚαλή |
| 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**