



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
4Η ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ – ΘΡΑΚΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ
ΛΗΠΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Δ.Λ.Υ.Υ.)

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 συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το Νοσοκομείο μας.

Ημερομηνία:/...../.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο	<input type="checkbox"/> Άνδρας	<input type="checkbox"/> Γυναίκα	Ηλικία:	Υπηκοότητα:
	
Είστε κάτοικος Νομού Χαλκιδικής;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	Νομού	
Είστε ασφαλισμένος;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	Παρακαλώ σημειώστε το Ταμείο σας	
Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο;	<input type="checkbox"/> Ο ίδιος ο ασθενής		<input type="checkbox"/> Συγγενής ή συνοδός	

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Η εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο ήταν:	<input type="checkbox"/> Επείγουσα	<input type="checkbox"/> Προγραμματισμένη			
1α. Αν ήταν επείγουσα, πόσος χρόνος (σε λεπτά) χρειάστηκε για τη μεταφορά σας στην κλινική;	<input type="checkbox"/> 15' – 30'	<input type="checkbox"/> 30' – 60'	<input type="checkbox"/> Περισσότερο από 60'		
1β. Αν ήταν προγραμματισμένη, σε πόσο χρόνο πραγματοποιήθηκε;	<input type="checkbox"/> Λιγότερο από 1 εβδομάδα	<input type="checkbox"/> 1-2 εβδομάδες	<input type="checkbox"/> 2-3 εβδομάδες	<input type="checkbox"/> 3 εβδομάδες έως 1 μήνα	<input type="checkbox"/> Περισσότερο από 1 μήνα
2. Κλινική Νοσηλείας					
3. Νοσηλεύεστε για πρώτη φορά σε αυτό το νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	Διάρκεια νοσηλείας σε ημέρες:		
4. Έχετε ενημερωθεί για τα δικαιώματα του ασθενή;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι			
4α. Αν σας δόθηκε ενημέρωση, τη βρήκατε επαρκή;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Επιμέλεια – Καθαριότητα δωματίου / θαλάμων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ποιότητα φαγητού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων ή θεραπειών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Αντιμετώπιση του πόνου κατά τη νοσηλεία σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Συμπεριφορά του ατόμου που διεκπεραίωσε την εισαγωγή σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εξιτηρίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στους επισκέπτες/συνοδούς σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Είστε ικανοποιημένος από την εξυπηρέτηση των Διοικητικών υπηρεσιών του Νοσοκομείου μας (Γραμματεία Εξωτ. Ιατρείων, Γραφείο Κίνησης Ασθενών, κ.α.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	Πολύ Κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή
1. Συμπεριφορά ιατρικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ενημέρωση που είχατε σχετικά με την κατάσταση σας και τη θεραπεία σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Προθυμία του ιατρικού προσωπικού να απαντήσει στις απορίες και τις ανησυχίες σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Συχνότητα επικοινωνίας με το θεράποντα ιατρό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ανταπόκριση ιατρικού προσωπικού στην επίλυση τυχόν προβλημάτων που παρουσιάσθηκαν κατά τη νοσηλείας σας στο Νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	Πολύ Κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή
1. Συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ανταπόκριση στην περίπτωση ειδοποίησης για την παροχή βοήθειας ή την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
4Η ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ – ΘΡΑΚΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ
ΛΗΠΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Δ.Λ.Υ.Υ.)

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΑΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Πολύ Κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή
1. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειαστήκατε βοήθεια από τους νοσηλεύτριες/τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, σας βοηθούσαν οι νοσηλεύτριες/τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειαστήκατε αναλγητικό φάρμακο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, ελεγχόταν ικανοποιητικά ο πόνος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, το προσωπικό του νοσοκομείου έκανε ό,τι μπορούσε προκειμένου να σας βοηθήσει στην αντιμετώπιση του πόνου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, σας χορηγήθηκαν φάρμακα που δεν τα είχατε πάρει στο παρελθόν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΟΤΑΝ ΦΥΓΑΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

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;

	Σε άλλο χώρο διαμονής	Σε άλλη υγειονομική μονάδα
<input type="checkbox"/> Στο δικό μου σπίτι	<input type="checkbox"/> Ίδρυμα <input type="checkbox"/> Σπίτι κάποιου άλλου	<input type="checkbox"/> Γηροκομείο <input type="checkbox"/> Νοσοκομείο <input type="checkbox"/> Κλινική <input type="checkbox"/> 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



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
4Η ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ – ΘΡΑΚΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ
ΛΗΠΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Δ.Λ.Υ.Υ.)

3. Πως θα αξιολογούσατε συνολικά τις υπηρεσίες που σας παρέιχε το Νοσοκομείο;

Πολύ κακές

Κακές

Μέτριες

Καλές

Πολύ καλές

ΜΕΡΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΠΟΜΕΝΕΙ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΘΟΥΝ

1. Γενικά, πως θα αξιολογούσατε συνολικά την υγεία σας;

Πολύ κακή

Κακή

Μέτρια

Καλή

Πολύ καλή

2. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσής σας;

Μέχρι 3^η 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

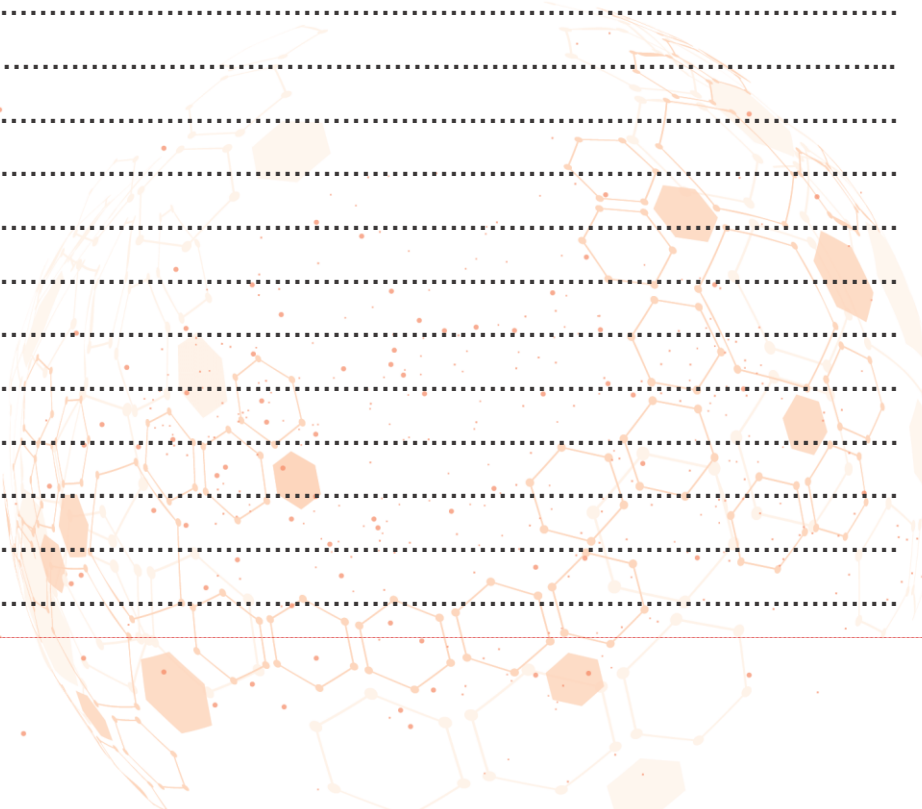
.....

.....

.....

.....

.....





ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
4Η ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ – ΘΡΑΚΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ
ΛΗΠΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Δ.Λ.Υ.Υ.)

Το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής στην προσπάθειά του να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, προβαίνει σε τηλεφωνική επικοινωνία με τους ασθενείς ώστε να διαπιστώσει τυχόν αδυναμίες και προβλήματα και να προβεί σε λήψη διορθωτικών μέτρων.

Σε περίπτωση που σας ενδιαφέρει να συμμετέχετε σε αυτή την προσπάθεια του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής, μπορείτε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία σας:

ΑΝ ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΟΥΜΕ ΜΑΖΙ ΣΑΣ, ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΣ – ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ)			
Όνοματεπώνυμο			
Διεύθυνση		Πόλη/Τ.Κ.	
Τηλέφωνο Οικίας		Κινητό	
Email			

Το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην προστασία της ιδιωτικότητας σας και των δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα. Με τη λήψη των κατάλληλων τεχνικών και οργανωτικών μέτρων συμμορφώνεται με τις απαιτήσεις του Γενικού κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679. Το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής συλλέγει τα προσωπικά δεδομένα που βρίσκονται στο παρόν Έντυπο στο πλαίσιο της Αναβάθμισης της Λειτουργίας του Συστήματος Δημόσιας Υγείας. Τα παραπάνω δεδομένα τηρούνται για τον σκοπό της τηλεφωνικής μας επικοινωνίας πέντε χρόνια από την υπογραφή του παρόντος.

Το Γενικό Νοσοκομείο δεν θα διαβιβάσει ή δημοσιοποιήσει τα προσωπικά σας στοιχεία σε τρίτους παρά μόνο σε συνεργάτες ή άλλες εταιρείες με τις οποίες συνεργαζόμαστε όταν αυτό είναι απαραίτητο για την άσκηση των δραστηριοτήτων μας στο πλαίσιο της παροχής των υπηρεσιών μας προς εσάς. Σε κάθε περίπτωση όλοι οι εξωτερικοί μας συνεργάτες δεσμεύονται με υποχρέωση υιοθέτησης όλων των απαραίτητων τεχνικών μέτρων, τήρησης εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας. Δεν διαβιβάζονται προσωπικά δεδομένα σε χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής δεν υιοθετεί μεθόδους αυτοματοποιημένης λήψης αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ.

Πρόσβαση στα δεδομένα σας προσωπικού χαρακτήρα έχουν μόνο οι ειδικά εξουσιοδοτημένοι για αυτό αρμόδιοι υπάλληλοι του Νοσοκομείου, οι οποίοι κατά την άσκηση των καθηκόντων τους δεσμεύονται από υποχρέωση εμπιστευτικότητας. Το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής, ως υπεύθυνος επεξεργασίας, λαμβάνει όλα τα απαραίτητα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την ασφαλή επεξεργασία των δεδομένων σας.

Σε σχέση με την επεξεργασία των δεδομένων σας έχετε όλα τα δικαιώματα που προβλέπονται στο Κεφάλαιο III του ΓΚΠΔ και ειδικότερα τα δικαιώματα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας και εναντίωσης, εφόσον πληρούνται οι αντίστοιχες προϋποθέσεις του ΓΚΠΔ. Τα ως άνω δικαιώματά σας μπορείτε να τα ασκείτε υποβάλλοντας σχετικό αίτημα στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Νοσοκομείου ή αυτοπροσώπως στη διεύθυνση του Νοσοκομείου Ιπποκράτους 5, ΤΚ 63100, Πολύγυρος. Επίσης έχετε το δικαίωμα να προσφύγετε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα εφόσον θεωρείτε ότι προσβάλλονται τα δικαιώματά σας δυνάμει του ΓΚΠΔ.

Υπογραφή:.....

Παρακαλούμε, αφού συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο της έρευνας, παραδώστε στο σημείο που θα σας υποδειχθεί στα Εξωτερικά Ιατρεία, στη Γραμματεία των Εξωτερικών Ιατρείων ή στο Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/τριών Υπηρεσιών Υγείας (Π.Δ.Λ.Υ.Υ.).

Σας ευχόμαστε καλή ανάρρωση!