

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

مرکز آموزشی درمانی نکویی هدایتی

فرم رضایت سنجی بیماران پس از ترخیص

این فرم جهت رضایت سنجی از بیماران طراحی شده، امیدواریم با تکمیل دقیق آن ما را در ارائه خدمات بهتر و با کیفیت یاری نمایید. در صورت تمایل مشخصات خود را ذکر نمایید.

نام و نام خانوادگی: شماره پرونده: بخش بستری: سن: تاریخ ترخیص: پزشک معالج:

\*در صورتیکه جواب شما ناراضی است علت آن را بیان کنید\*

راضی نسبتاً راضی ناراضی

1- آیا از نحوه پذیرش جهت بستری رضایت دارید؟

2- آیا از مهارت و عملکرد پزشکان رضایت دارید؟

3- آیا از نحوه برخورد و رفتار پزشکان رضایت دارید؟

4- آیا از مهارت و عملکرد پرستاران رضایت دارید؟

5- آیا از نحوه برخورد و رفتار پرستاران رضایت دارید؟

6- آیا از رفتار و خدمات سایر پرسنل، منشی و خدمات

رضایت دارید؟

7- آیا از آموزش داده شده جهت مراقبت در منزل رضایت دارید؟

8- آیا از وضعیت نظافت بخش و سرویس های بهداشتی

رضایت دارید؟

9- آیا از امکانات رفاهی بخش (تخت، پتو، لباس، ملحفه، وسایل سرمایشی

و گرمایشی، کمد، میز، زیرپایی، تلفن، تلویزیون و .... رضایت دارید؟

10- آیا از وضعیت تغذیه بیمارستان رضایت دارید؟

11- آیا از نحوه ترخیص خود رضایت دارید؟

12- آیا از برخورد نگهبانی رضایت دارید؟

13- آیا از امکانات انجام فرائض دینی رضایت دارید؟

14- آیا از آرامش محیط بخش جهت استراحت نیاز دارید؟

15- آیا درخواست خلاف مقررات از شما شده است؟ لطفاً آن را با ذکر نام و نام خانوادگی فرد مورد نظر بیان کنید.

16-نام فرد یا افرادی که با شما برخورد مناسب داشته اند را با ذکر نوع برخورد بیان نمایید.

17-نام فرد یا افرادی که برخورد نامناسب داشته اند را با ذکر نوع برخورد بیان نمایید.