



SPITALUL DE BOLI CRONICE CRASNA
CUI.4495050
CRASNA 363 JUDEȚUL SĂLAJ
Tel/fax: 0260/636018 , 0260/636524
Web: www.crasna.ro/spital
e-mail: spital_crasna@yahoo.com
Operator de date cu nr. 35276

CHESTIONAR DE SATISFAȚIE

AMBULATORIUL DE SPECIALITATE

Stimată Doamnă / Stimate Domn,
Pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale în Spitalul de Boli Cronice Crasna, este important pentru noi să ne comunicați impresiile dumneavoastră. Răspunsurile vor rămâne anonime și confidențiale.
În cazul pacienților fără discernământ, completarea chestionarului se realizează de către aparținători.
Depuneți chestionarul în Cutia pacientului .
La fiecare întrebare bifați căsuța cu răspunsul care corespunde opiniei dumneavoastră.
Răspunsurile dumneavoastră sunt importante pentru noi!
Chestionarul

Chestionarul este completat de: Pacient Aparținător

1 Vârsta: 18-24 de ani 25-34 ani 35-44 ani 45-54 ani 55-64 ani peste 65 ani
Sex: Masculin Feminin
Ultimul nivel de studii absolvit: Fără studii Primară (1-4 clase) Gimnazială (5-8 clase)
Școală profesională Liceu Postliceală Facultate Studii postuniversitare

2. Mediul de rezidență (domiciliul): Urban Rural

3. Vă rugăm să acordați calificative pentru calitatea îngrijirilor medicale acordate de către:

Medic	Nemuțumit	Muțumit	Foarte muțumit
Asistent medical	Nemuțumit	Muțumit	Foarte muțumit

4. Vă rugăm să acordați calificative pentru:

Atitudinea personalului	Nemuțumit	Muțumit	Foarte muțumit
Timpul acordat de medic pentru consultație	Nemuțumit	Muțumit	Foarte muțumit
Curățenie	Nemuțumit	Muțumit	Foarte muțumit
Dotări/ aparatură medicală	Nemuțumit	Muțumit	Foarte muțumit



SPITALUL DE BOLI CRONICE CRASNA
CUI.4495050
CRASNA 363 JUDEȚUL SĂLAJ
Tel/fax: 0260/636018 , 0260/636524
Web: www.crasna.ro/spital
e-mail: spital_crasna@yahoo.com
Operator de date cu nr. 35276

5. Dacă sunteți o persoană cu dizabilități sau nevoi speciale, ați beneficiat de condiții adecvate?

da nu nu este cazul

6. Ați fost instruit asupra modului de administrare a medicamentelor prescrise?

da nu nu s-a prescris tratament medicamentos

7. Ați fost informat pe înțeles cu privire la boala dumneavoastră? da nu

8. Dacă ar fi necesar să reveniți pentru servicii medicale, ați opta pentru același spital?

Da nu

9. Impresia dumneavoastră generală privind calitatea serviciilor primite:

Nemulțumit Mulțumit Foarte mulțumit

10. Cunoașteți faptul că puteți sesiza conducerii spitalului orice faptă care încalcă etica sau deontologia medicală (atitudine lipsită de profesionalism, lipsa consimțământului informat al pacientului, alte încălcări ale drepturilor pacientului, condiționarea actului medical ș.a.)?

Da nu

11. Vă rugăm să notați observațiile și sugestiile dumneavoastră, referitoare la aspectele pozitive sau negative ale serviciilor medicale acordate în Ambulatoriul de specialitate al SPITALULUI DE BOLI CRONICE:

Data:/...../.....

VĂ MULȚUMIM CĂ AȚI ACCEPTAT SĂ RĂSPUNDEȚI ACESTUI CHESTIONAR!

Notă: Colectarea informațiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea Regulamentului (UE) 2016/679, Regulamentul General de Protecția Datelor.