

پرسشنامه رضایت سنجی از بیماران عمل شده

مراجعه کننده محترم هدف از ارائه این پرسشنامه بررسی میزان رضایت شما از خدمات ارائه شده می باشد. پرسشنامه محرمانه بوده و نیازی به نوشتن اسم نیست. مطمئن باشید با ارائه نظرات ارزشمندتان در این زمینه کمک شایانی در بهبود کیفیت خدمات ارائه شده خواهید نمود.

"مشخصات دموگرافیک"

جنس مذکر ☐ مونث ☐

سن:

شغل: ☐ بیکار ☐ کارگر ☐ کارمند ☐ آزاد ☐ خانه دار ☐ بازنشسته ☐ سایر موارد ☐

میزان تحصیلات بی سواد ☐ خواندن و نوشتن ☐ زیر دیپلم ☐ تحصیلات دانشگاهی ☐

محل سکونت بومی ☐ غیر بومی ☐

علت انتخاب این بیمارستان:

نزدیکی ☐ توصیه آشنایان ☐ رضایت از این مرکز در مراجعات قبلی ☐ هزینه پایین ☐ موجود بودن نیروهای متخصص و تجهیزات در این مرکز ☐ ارجاع از سایر

مراکز ☐ منحصر بفرد بودن این مرکز ☐ سایر موارد ☐

ردیف	عنوان سوال	گزینه				
		خیلی زیاد (یعنی ۱۰۰ درصد راضی)	زیاد (یعنی ۷۵ درصد راضی)	تا حدودی (یعنی ۵۰ درصد راضی)	کم (یعنی ۲۵ درصد راضی)	اصلا
۱	آیا از برخورد پرسنل پرستاری اتاق عمل رضایت دارید؟ (پرسنل که جلوی در شما را تحویل گرفتند و بر روی تخت راهنمایی کردند)					
۲	آیا از نحوه برخورد و عملکرد تکنسین های بیهوشی رضایت دارید؟(پرسنلی که برای شما برانول تعبیه کردند)					
۳	آیا از برخورد جراح رضایت دارید؟					
۴	آیا از نحوه برخورد پزشکان بیهوشی رضایت دارید؟(پزشکانی که در مورد بیماری قبلی و حساسیت به داروی خاص سوال می کنند)					
۵	آیا از رعایت حریم خصوصی خود رضایت دارید؟					
۶	آیا از فضای فیزیکی بخش (سیستم گرمایش، سرمایش، نور و صدا) در اتاق عمل رضایت دارید؟					

۸. آیا در صورت بیماری این بیمارستان را مجددا انتخاب خواهید کرد؟ ☐ خیر ☐

۹. آیا این بیمارستان را برای مراجعه به دیگران توصیه خواهید کرد؟ ☐ خیر ☐

در یک نگاه کلی و با در نظر گرفتن تمام موارد فوق در صورتی که بخواهید بین ۰ (کمترین نمره) تا ۱۰ (بیشترین نمره) نمره ای به خدمات ارائه شده در بخش اتاق عمل بدهید، چه نمره ای را در نظر می گیرید؟

⑩ ⑨ ⑧ ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ① ①

انتقادات و پیشنهادات

.....

.....

.....

.....