|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SIGLA ANMSC | **MUNICIPIUL MARGHITA****SPITALUL MUNICIPAL *,, DR. POP MIRCEA”* MARGHITA*****,, DR. POP MIRCEA”* VÁROSI KÓRHÁZ – MARGITTA**judeţul Bihor , 415300 Marghita , strada Eroilor nr. 12-14CIF:4230517, Operator de date cu caracter personal nr. 13020Telefon : 0259/362475 ; 0259362309 ; Fax : 0259362595e-mail : spitalulmarghita@yahoo.com ; web: [www.spitalulmarghita.ro](http://www.spitalulmarghita.ro/) | C:\Users\Aprov1\AppData\Local\Temp\ksohtml3972\wps4.png |

**AZ ÖN ÁLTAL KITÖLTENDŐ BETEGELÉGEDETTSÉGI KÉRDŐÍV**

**EZ A KÉRDŐÍV NÉVTELEN!**

**AZ ÖN VÁLASZA NAGYON FONTOS SZÁMUNKRA!**

Az Ön által igénybe vett orvosi ellátás értékelése érdekében a Margittai "Dr. Pop Mircea" Városi Kórház keretében, valamint az orvosi ellátás minőségének folyamatos javítása érdekében kérjük, hogy szíveskedjen válaszolni az alábbi kérdésekre.

A kérdőív nem tartalmaz személyes adatokat, és nem lesz aláírva. Biztosíthatjuk Önt, hogy a válaszok bizalmasa lesznek kezelve, és csak az orvosi ellátás minőségének javítására és az orvosi személyzet és a beteg közötti kapcsolatok fejlesztésére fogjuk felhasználni.

Kérem, hogy a kitöltés után helyezze a kérdőívet az Ön közelében lévő egyik gyűjtőládába.

Kiskorú vagy cselekvőképtelen betegek esetén a kérdőívet kísérő vagy hozzátartozó személy tölti ki.

A kérdésekre válaszolva válassza ki az Önre vonatkozó lehetőséget.

Jelölje be X-szel az Önre vonatkozó választ (□) az adott válaszlehetőség mellett.

**Kórházi osztály, amelyen kezelték:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **a kezelőorvosa: dr**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Felvétel ideje (hónap és év)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ön:** □ nő □ férfi

**Lakhelye:**  □ vidéki □ városi

**Életkora:** ................... év □ nem válaszol

**Utolsó elvégzett iskola:** □ általános iskola (4 osztály)□ középiskola, szakiskola

 □ gimnázium □ felsőfokú □ nem válaszol

**Hogyan került sor a betegfelvételére a mi kórházunkban:**

□ sürgősségi eset (sürgősségi osztály) □ ambuláns orvos által küldött □ mentővel érkezett □ háziorvos által küldött □ egyéb □ nem válaszol

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sz** | **Kérdés** | **IGEN** | **NEM** | **Részben** | **Nem válaszol** |
| **1.** | Tájékoztatták Önt az Ön kórházi jogairól és kötelezettségeiről, valamint a kórházi viselkedési szabályokról? | □ | □ | □ | □ |
| **2.** | Úgy gondolja, hogy ezeket a jogokat betartották Önnel szemben a kórházi személyzet tagjai a kórházi kezelés során? | □ | □ | □ | □ |
| **3.** | Van a kórházban kifüggesztve olyan tájékoztató, amely a betegek/jogosultak jogairól és/vagy kötelezettségeiről szól? | □ | □ | □ | □ |
| **4.** | Tájékoztatták Önt a személyes higiéniai szabályokról a kórházban? | □ | □ | □ | □ |
| **5.** | Felvétel után az osztályon kapott kíséretet a gondozó személyzet által? | □ | □ | □ | □ |
| **6.** | Felvétel után az osztályon kapott kíséretet a hozzátartozók által? | □ | □ | □ | □ |
| **7.** | Orvosi vizsgálatok során kísérte Önt kijelölt személy a kórházon belül (pl. vizsgálatokhoz)? | □ | □ | □ | □ |
| **8.** | Ismeri az Önnek, orvosi szolgáltatást nyújtó személyzet azonosságát? | □ | □ | □ | □ |
| **9.** | Pozitívan értékeli az orvosi személyzet kedvességét és elérhetőségét a kezelés során? | □ | □ | □ | □ |
| **10.** | Ön elégedett a kezelőorvosa által nyújtott orvosi ellátás minőségével? | □ | □ | □ | □ |
| **11.** | Ön elégedett az ápolónők által nyújtott ellátás minőségével? | □ | □ | □ | □ |
| **12.** | Ön elégedett az ápolónők által nyújtott ellátás minőségével? | □ | □ | □ | □ |
| **13.** | A kórházi személyzet bármilyen formában kért Öntől pénzt vagy ajándékot? | □ | □ | □ | □ |
| **14.** | Ön saját kezdeményezéséből pénzt vagy ajándékot ajánlott fel az ápolás értékelésére? | □ | □ | □ | □ |
| **15.** | Tájékoztatták Önt a javaslatok és panaszok benyújtásának módjáról? | □ | □ | □ | □ |
| **16.** | Tájékoztatták Önt a várható távozási dátumról? | □ | □ | □ | □ |
| **17.** | Tájékoztatták Önt a elesés kockázatáról? | □ | □ | □ | □ |
| **18.** | Tájékoztatták Önt az Ön diagnózisáról? | □ | □ | □ | □ |
| **19.** | Kapott információt betegsége lefolyásáról, a terápiás tervről és a követendő ápolási tervről? | □ | □ | □ | □ |
| **20.** | Tudna mondani bármilyen mellékhatást az itt adott gyógyszerekre vagy a kórházban alkalmazott terápiás eljárások kockázatára? | □ | □ | □ | □ |
| **21.** | Ismeri az Önnek adott kórházi kezelés célját? | □ | □ | □ | □ |
| **22.** | Az Önnek adott információ a diagnózisról, az előírt gyógyszerek és/vagy gyógyszeres kezelés kombinációjának, a műtét kockázatának és a prognózisnak megfelelően érthetőek voltak ? | □ | □ | □ | □ |
| **23.** | Tájékoztatták Önt a gyógyszeres kezelés módjáról? | □ | □ | □ | □ |
| **24.** | Az szájon át beadandó gyógyszerek adagolása az ápolónő felügyelete mellett történt? | □ | □ | □ | □ |
| **25.** | Kórházi tartózkodása alatt gyógyszereket vagy más orvostechnikai cikkeket vásárolt? | □ | □ | □ | □ |
| **26.** | A kórházi személyzet minden egyes érintkezéskor egyszer használatos kesztyűt viselt? | □ | □ | □ | □ |
| **27.** | Észlelt bármilyen formában az ápolásra való szükség esetén feltételeket? | □ | □ | □ | □ |
| **28.** | Szükségét érezte, hogy különböző módon jutalmazza az ápoló személyzetet több figyelemért? | □ | □ | □ | □ |
| **29.** | Megelégedett az Önnek nyújtott étel minőségével és az elosztás módjával? | □ | □ | □ | □ |
| **30.** | Megelégedett az ágynemű minőségével és cseréjének gyakoriságával? | □ | □ | □ | □ |
| **31.** | Megelégedett a szállás körülményeivel (a kórház környezete) - az osztály felszereltségének adottságaival? | □ | □ | □ | □ |
| **32.** | Megelégedett az Ön által használt szoba és a hozzá tartozó helyiségek tisztaságával? | □ | □ | □ | □ |
| **33.** | Megelégedett a kórház spirituális segítségével? | □ | □ | □ | □ |
| **34.** | Megelégedett a nappali, éjszakai vagy hétvégi ápolás minőségével? | □ | □ | □ | □ |
| **35.** | Ha szüksége lenne orvosi ellátásra, ide jönne vissza? | □ | □ | □ | □ |
| **36.** | Betartották látogatási rendet azon az osztályon, ahol Önt kezelték? | □ | □ | □ | □ |
| **37.** | Kilépő dokumentumok kitöltésekor tájékoztatták Önt az Ön kórházi költségeire vonatkozóan azáltal, hogy átadták a költségtérítési számla másolatát? | □ | □ | □ | □ |
| **38.** | Az orvosi személyzettel való kommunikáció minősége hatékony és érthető volt Önnek? | □ | □ | □ | □ |
| **39.** | Fontolgatta-e, hogy kér információt az Ön kórházi költségeiről (költségtérítési számla útján)? | □ | □ | □ | □ |
| **40.** | Ha valakinek, barátnak vagy más ismerősének orvosi ellátásra lenne szüksége, amelyek itt elérhetőek, ajánlaná neki, hogy jöjjön ide? | □ | □ | □ | □ |
| **41.** | Tudja-e, hogy a kórház Etikai Tanácsán keresztül bejelentést tehet bármilyen olyan cselekményről, amely sérti az orvosi etikát vagy etikai szabályokat (szakmai magatartás hiánya, a beteg tájékoztatásának hiánya, más betegjogok megsértése, az orvosi ellátás feltételeinek függvénye, stb.)? | □ | □ | □ | □ |
| **42.** | Szeretne bejelentést tenni az Etikai Tanácsnak? | □ | □ | □ | □ |

**Válasszon ki 3 szót, amelyek általános benyomását kifejezik a kórházunkról.**

|  |  |
| --- | --- |
| Tisztaság 🔿 | 🔿 Szennyezettség |
| Rend 🔿 | 🔿 Rendetlenség |
| Fegyelem 🔿 | 🔿 Tömeg |
| Luxus 🔿 | 🔿 Szegénység |
| .... 🔿 | 🔿 .... |

|  |
| --- |
| **MEGJEGYZÉSEK VAGY JAVASLATOK az orvosi ellátás minőségének javítása érdekében.** |
| ........................................................................................................................................................... |
| ........................................................................................................................................................... |
| ........................................................................................................................................................... |
| **Köszönjük együttműködését! Dátum:** .............................. |