

Dobrý den, rádi bychom Vás poprosili o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako důležitá zpětná vazba managementu nemocnice pro zkvalitňování služeb. Zároveň tímto děkujeme za Váš čas a pevně věříme, že nám Vaše odpovědi poslouží pro postupné zlepšování kvality poskytované péče v českých nemocnicích.

Název nemocnice	Kód oddělení
<p>Kolony, prosím, vyplňujte propisovacím perem, křížkem označte zvolenou jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Správně označené pole ☺ <input checked="" type="checkbox"/> Oprava již označeného pole <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nesprávně označené pole ☹</p>	
<p>Ambulance <input type="checkbox"/> chirurgie <input type="checkbox"/> interna <input type="checkbox"/> gynekologicko-porodní <input type="checkbox"/> mamologie <input type="checkbox"/> alergologie <input type="checkbox"/> rehabilitační <input type="checkbox"/> transfuzní <input type="checkbox"/> ortopedie <input type="checkbox"/> traumatologie <input type="checkbox"/> ORL (ušní, nosní, krční) <input type="checkbox"/> pediatrie (dětské) <input type="checkbox"/> oftalmologie (oční) <input type="checkbox"/> plicní <input type="checkbox"/> kožní <input type="checkbox"/> gastroenterologie <input type="checkbox"/> cévní <input type="checkbox"/> onkologie <input type="checkbox"/> urologie <input type="checkbox"/> infekční <input type="checkbox"/> kardiologie <input type="checkbox"/> kardiochirurgie <input type="checkbox"/> ARO <input type="checkbox"/> neurologie <input type="checkbox"/> neurochirurgie <input type="checkbox"/> hemodialýza <input type="checkbox"/> nefrologie <input type="checkbox"/> stomatologie <input type="checkbox"/> diabetologie <input type="checkbox"/> jiná ambulance</p>	
1 Na základě čeho jste se rozhodl/a pro tuto ambulanci? (možnost více odpovědí)	<input type="checkbox"/> doporučení známých <input type="checkbox"/> vlastní zkušenost <input type="checkbox"/> doporučení lékaře <input type="checkbox"/> blízko bydliště <input type="checkbox"/> média (TV, internet) <input type="checkbox"/> nebylo to mé rozhodnutí (sanitka, ...) <input type="checkbox"/> dřívější objednávací termín
2 Byl/a jste předem objednan/a?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
3 Jak dlouho jste čekal/a, než jste vstoupil/a do ordinace?	<input type="checkbox"/> nečekal/a jsem <input type="checkbox"/> do 10 minut <input type="checkbox"/> do 30 minut <input type="checkbox"/> do 60 minut <input type="checkbox"/> déle
4 Byl Vám vysvětlen důvod případného delšího čekání?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nečekal/a jsem
5 Jak dlouhý byl Váš objednávací termín do ambulance?	<input type="checkbox"/> do 1 měsíce <input type="checkbox"/> 1-3 měsíce <input type="checkbox"/> 4-6 měsíců <input type="checkbox"/> nepotřeboval/a jsem
6 Jak hodnotíte přístup lékaře k Vaší osobě?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a
7 Informace předané lékařem byly:	<input type="checkbox"/> velmi dobře srozumitelné <input type="checkbox"/> částečně srozumitelné <input type="checkbox"/> nedostatečně srozumitelné
8 Kolik času Vám věnoval Váš ošetřující lékař při návštěvě ordinace?	<input type="checkbox"/> méně než 9 minut <input type="checkbox"/> 9-12 minut <input type="checkbox"/> 13-16 minut <input type="checkbox"/> 17-24 minut <input type="checkbox"/> více než 25 minut
9 Jak hodnotíte přístup zdravotní sestry k Vaší osobě?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a
10 Informace předané zdravotní sestrou byly:	<input type="checkbox"/> velmi dobře srozumitelné <input type="checkbox"/> částečně srozumitelné <input type="checkbox"/> nedostatečně srozumitelné
11 Měl/a jste (během vyšetření či předání informací) pocit soukromí?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
12 Pokud jste pociťoval/a bolest, bylo na ni ze strany personálu účinně a včas reagováno?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> neměl/a jsem bolest
13 Jak jste byl/a spokojen/a s celkovou úrovní ošetření?	<input type="checkbox"/> velmi spokojen/a <input type="checkbox"/> s výhradami spokojen/a <input type="checkbox"/> nebyl/a jsem spokojen/a
14 Jak na Vás působilo prostředí čekárny (čistota, vybavení, velikost čekárny)?	<input type="checkbox"/> čistě, příjemně <input type="checkbox"/> čistě, nepříjemně <input type="checkbox"/> nečistě, nepříjemně
15 Co navrhuje v této ambulanci zlepšit? (možnost více odpovědí)	<input type="checkbox"/> prostředí čekárny <input type="checkbox"/> prostředí ambulance <input type="checkbox"/> dostupnost a čistota WC <input type="checkbox"/> rezervační systém <input type="checkbox"/> přístup/komunikace lékařů <input type="checkbox"/> větší zapojení pacienta do procesu léčby a rozhodování <input type="checkbox"/> zdravotnické přístroje (vybavení) <input type="checkbox"/> není nutné nic zlepšovat <input type="checkbox"/> přístup/komunikace sester
16 U které zdravotní pojišťovny jste v současné době pojištěn/a?	<input type="checkbox"/> Všeob. zdr. poj. (111) <input type="checkbox"/> Vojen. zdr. poj. (201) <input type="checkbox"/> OZP (207) <input type="checkbox"/> ZPŠ (209) <input type="checkbox"/> ZPMV ČR (211) <input type="checkbox"/> ČPZP (205) <input type="checkbox"/> RBP (213)
17 Jak hodnotíte komunikaci s Vaší zdravotní pojišťovnou? (e-mail, telefon, dopis, osobní kontakt)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a
18 Jak hodnotíte nabídku preventivních programů Vaší zdravotní pojišťovny?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 5 = velmi nespokojen/a
19 Zvažujete změnit svou zdravotní pojišťovnu?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím
20 Co by Vás motivovalo ke změně své zdravotní pojišťovny? (možnost více odpovědí)	<input type="checkbox"/> nabídka preventivních programů <input type="checkbox"/> doporučení lékaře <input type="checkbox"/> změna bydliště <input type="checkbox"/> výše příspěvků na bonusové programy <input type="checkbox"/> doporučení známých <input type="checkbox"/> úroveň komunikace <input type="checkbox"/> sjednocení zdravotní pojišťovny celé rodiny
jiné - uveďte: _____	

Pohlaví: muž žena Vyplnění těchto osobních údajů je dobrovolné. Jejich vyplnění nám pomůže udělat si představu o potřebách sociodemografických skupin.

Váš věk: 1-20 21-35 36-50 51-65 66 a více let **Vzdělání:** základní středoškolské vysokoškolské

Odevzdáním vyplněného dotazníku dáváte souhlas ke zpracování dat. Více informací na: www.hc-institute.org/souhlas

Vaše odpovědi prosím odevzdávejte do 31. 8. 2022 na předem určeném místě, nebo pošlete na: HealthCare Institute o.p.s., Štefánikova 58/31, 742 21 Kopřivnice