|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | گویه | خیلی زیاد | زیاد | متوسط | کم | خیلی کم |
| 1 | رضایت از علائم راهنمایی کننده و تابلوها جهت دسترسی شما به بخش ها و واحدهای مختلف |  |  |  |  |  |
| 2 | رضایت از پذیرش به موقع و سریع بیمار دردرمانگاه |  |  |  |  |  |
| 3 | رضایت از حضور به موقع پزشک و ویزیت به موقع |  |  |  |  |  |
| 4 | رضایت از دریافت به موقع خدمات |  |  |  |  |  |
| 5 | رضایت از انجام به موقع اقدامات پاراکلینیکی اعم از عکسبرداری . سونوگرافی. آزمایشات و ... |  |  |  |  |  |
| 6 | رضایت از موجود بودن دارو و تجهیزات پزشکی مورد نیاز |  |  |  |  |  |
| 7 | رضایت از نحوه برخورد کادر مراقبتی و غیر مراقبتی |  |  |  |  |  |
| 8 | رضایت از رعایت حریم خصوصی بیمار |  |  |  |  |  |
| 9 | رضایت از نحوه ارائه اطلاعات و آموزشات پزشک معالج |  |  |  |  |  |
| 10 | رضایت از نظافت و تمیزی درمانگاه |  |  |  |  |  |
| 11 | رضایت از خدمات ارائه شده از جمله محل انتظار . صندلی . تلوزیون و... |  |  |  |  |  |
| 12 | رضایت از هزینه های پرداختی و عدم دریافت هزینه اضافی با هر عنوان |  |  |  |  |  |

13.آیا همراه بیمار جهت تهیه دارو و وسایل به بیرون از بیمارستان فرستاده شده است؟ بله خیر

14.آیا این بیمارستان را جهت مراجعه مجدد انتخاب خواهید کرد؟ بله خیر

15.آیا این بیمارستان را به دوستان و آشنایان خود توصیه خواهید کرد؟ بله خیر

16.عمده ترین عامل رضایت و نارضایتی خود را از این واحد ذکر فرمایید.

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................

در صورت تمایل مشخصات و شماره تلفن خود را ذکر فرمایید.

با تشکر از همکاری خوب شما