|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 در بخش |  |  |  |  |  |
| 3 | رضایت از امکانات موجود در بخش  |  |  |  |  |  |
| 4 | رضایت از معرفی کادر و اطلاعات ارائه شده توسط آنها |  |  |  |  |  |
| 5 | رضایت از حضور به موقع پزشک بر بالین بیمارو ویزیت به موقع |  |  |  |  |  |
| 6 | رضایت از دریافت به موقع خدمات مامایی |  |  |  |  |  |
| 7 | رضایت از انجام به موقع اقدامات پاراکلینیکی اعم از عکسبرداری . سونوگرافی. آزمایشات و ... |  |  |  |  |  |
| 8 | رضایت از موجود بودن دارو و تجهیزات پزشکی مورد نیاز |  |  |  |  |  |
| 9 | رضایت از نحوه برخورد کادر مراقبتی و غیر مراقبتی |  |  |  |  |  |
| 10 | رضایت از رعایت حریم خصوصی بیمار |  |  |  |  |  |
| 11 | رضایت از نحوه ارائه اطلاعات و آموزشات پزشک و ماما |  |  |  |  |  |
| 12 | رضایت از نظافت و تمیزی بخش  |  |  |  |  |  |
| 13 | رضایت از کیفیت و میزان غذای سرو شده |  |  |  |  |  |

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

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

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

17.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