**AGENCIJA ZA KVALITETU I AKREDITACIJU U**

**ZDRAVSTVU**

**Anketa o zadovoljstvu bolesnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti**

NAZIV I SJEDIŠTE AMBULANTE: DOM ZDRAVLJA ZADARSKE ŽUPANIJE

ORDINACIJA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IME LIJEČNIKA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U želji da Vam osiguramo što bolju kvalitetu liječenja i njege, pripremili smo ovu anketu koja sadrži

pitanja vezana uz sustavnost i usklađenost skrbi koja Vam je pružena, dostojanstvo i poštovanje

iskazano prema Vama, Vašu uključenost u liječenje, zadovoljstvo osobljem i konačno zadovoljstvo

higijenom i čistoćom.

Ako želite pridonijeti kvaliteti liječenja i pružanju njege, molimo Vas da svoja opažanja i iskustva

tijekom boravka u ovoj ustanovi izrazite odgovorima na pitanja u anketi. Anketa je anonimna.

Molimo Vas da procijenite ambulantu kojoj se obično obraćate za pomoć ili koju ste najčešće

posjećivali proteklih 12 mjeseci. Procijenite rad liječnika i ambulante Doma zdravlja Zadarske županije tijekom proteklih 12 mjeseci. Ocjenom nisu obuhvaćeni liječnici i stomatolozi koji su u koncesiji ili privatnoj praksi

***Molimo Vas da označite po jedan od ponuđenih odgovora za svako pitanje koji po Vašem mišljenju***

***najbolje odgovara Vašem slučaju:***

**Anketu ispunjava**:

bolesnik/ca roditelj skrbnik

**Dobna skupina**:

manje od 20 godina 21 – 40 godina 41 – 60 godina više od 60 godina

**Spol**:

muško žensko

**Stručna sprema**:

NSS SSS VŠS VSS

***Molimo Vas da na ljestvici od 1 do 5, gdje 1 označava potpuno nezadovoljstvo, a 5 potpuno***

***zadovoljstvo, izrazite svoje zadovoljstvo ili nezadovoljstvo:***

1. **Osiguranje dovoljno vremena za razgovor s liječnikom:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

1. **Olakšavanje i pomaganje liječnika pri iznošenju Vaših tegoba:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**3. Čuvanje povjerljivosti Vaših osobnih podataka dobivenih u razgovoru i/ili podataka**

**iz Vašeg zdravstvenog kartona:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**4. Brzina olakšavanja Vaših tegoba (simptoma vaše bolesti):**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**5. Način medicinskog pregleda:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**6. Objašnjenje razloga za tražene pretrage i planirane načine liječenja:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**7. Informiranje o svemu što ste htjeli znati o svojim simptomima i bolestima:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**8. Pružena pomoć u razumijevanju, važnosti poštivanja savjeta i upute liječnika:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**9. Spremnost osoblja ambulante da pomogne (osim liječnika):**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**10. Higijena sanitarnog čvora**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**11. Dobivanje termina za pregled u vrijeme kada je Vama odgovaralo:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**12. Dobivanje telefonske veze s ambulantom:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**13. Mogućnost razgovora s liječnikom putem telefona:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**14. Točnost dolaska liječnika na posao i/ili pridržavanja radnog vremena:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**15. Dužina čekanja na pregled u čekaonici ambulante:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**16. Poštivanje zakazanog termina:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**17. Osiguranje brze usluge u slučaju hitnih zdravstvenih problema:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**18. Osposobljenost liječnika za rad na računalu:**

1---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**19. Osposobljenost medicinske sestre za rad na računalu:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**20. Mogućnost savjetovanja o zdravstvenim problemima s medicinskom sestrom:**

1 ---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**21. Medicinska spretnost i znanje medicinske sestre:**

1---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**22. Sposobnost medicinske sestre da prepozna prioritetne pacijente**

1---- 2 ----3 ---- 4 ---- 5

potpuno nezadovoljstvo potpuno zadovoljstvo

**23. Za zaštitu svojih prava Vi ćete se obratiti:**

1. Ravnatelju doma zdravlja

2. Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi

3. Pučkom pravobranitelju

4. Udruzi za zaštitu prava pacijenata

5. Hrvatskoj liječničkoj komori

6. Hrvatskoj stomatološkoj komori

**ZAHVALJUJEMO NA SURADNJI I MOLIMO VAS DA POPUNJENI LISTIĆ POŠALJETE NA e-adresu:** [**kvaliteta.dz@vip.hr**](mailto:kvaliteta.dz@vip.hr)

Napomena: **Vaša je anonimnost potpuno zajamčena**, a podaci iz ovog listića koristit će se isključivo u svrhu

poboljšanja kvalitete primarne zdravstvene zaštite i unaprjeđenja prava pacijenata.