**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**

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.