

**DOTAZNÍK SPOKOJNOSTI S AMBULANTNOU ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU**

V súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti Vám/Vášmu dieťaťu v DFN Košice si Vás dovoľujeme požiadať o vyplnenie nasledujúceho dotazníka. Vaše názory sú pre nás dôležité a pomáhajú nám skvalitňovať poskytované služby. Ďakujeme Vám za Váš čas a ochotu.

**Vyjadrite mieru vašej spokojnosti podľa nasledujúcej stupnice hodnotenia. Pri každej otázke označte krížikom jednu z možností, ktorá zodpovedá Vašej miere spokojnosti:**

Veľmi spokojný/á	spokojný/á	čiastočne spokojný/á	nespokojný/á	veľmi nespokojný/á
1	2	3	4	5

**Navštívená ambulancia:** .....

**Meno lekára:**.....

<b>Vaša spokojnosť s/so</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Ordinačnými hodinami ambulancie					
2. Kvalitou a zrozumiteľnosťou informačných tabúľ v nemocnici					
3. Čakacou dobou na vyšetrenie v ambulancii (od objednania po vyšetrenie)					
4. Poskytnutou zdravotnou starostlivosťou (všeobecne)					
5. Vybavením a čistotou čakárne					
6. Vybavením a čistotou ambulancie					

<b>Lekár v ambulancii – Vaša spokojnosť s/so</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
11. Odpoveďami lekára na Vaše otázky					
12. Prístupom a ochotou lekára?					
13. Informáciami o ďalšom postupe v starostlivosti o Vaše dieťa?					

<b>Sestra v ambulancii – Vaša spokojnosť s/so</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
14. Odpoveďami sestry na Vaše otázky					
15. Prístupom a ochotou sestry					
16. Zručnosťou sestry pri ošetrovaní					

19. Predstavil sa Vám ošetrojúci personál pri prvom stretnutí s Vami?      áno – nie – nepamätám sa

20. V prípade potreby ste rozhodnutý/á opäť využiť túto našu ambulanciu?      áno – možno – nie

21. Odporučili by ste našu túto našu ambulanciu iným?      áno – možno – nie

**Vaše podnety, pripomienky, návrhy:**

.....

.....

.....

**Ďakujeme Vám za Váš čas strávený vyplňaním tohto dotazníku**

**Pomáhate nám tým neustále zlepšovať naše služby.**