



# SPITALUL MUNICIPAL „ANGHEL SALIGNY” FETESTI

Str.Calarasi, nr.549, Mun.Fetesti, Jud. Ialomita, Tel.0243/361905, Fax:  
0243/361902, Cod postal: 925150, Cod fiscal: 4365220, E-mail:  
[office@spitalfetesti.ro](mailto:office@spitalfetesti.ro), Web : [www.spitalfetesti.ro](http://www.spitalfetesti.ro), Operator date cu  
caracter personal 8820

Member of CISQ Federation



**CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM  
ISO 9001**

Anexa 2

## CHESTIONAR DE EVALUARE A SATISFACTIEI PACIENTILOR/APARTINATORILOR DIN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE

### Stimat(a) pacient (a)/ apartinator,

In vederea aprecierii ingrijilor medicale pe care le-ati primit in Abulatoriul de specialitate al Spitalului Municipal “ Anghel Saligny” si a cresterii calitatii acestora, va rugam sa aveti amabilitatea de a raspunde intrebarilor din chestionarul de mai jos. Chestionarul se va depune de catre pacient in urnele special amenajate la nivelul Ambulatoriului.

Colectarea informatiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date.

**Raspundeti la intrebari bifand varianta care descrie cel mai bine situatia dvs. Acest chestionar este anonim.**

**In cazul copiilor sau al pacientilor fara discernamant, completarea chestionarului se realizeaza de catre apartinatori.**

**1. Sex**

barbat     femeie

**2. Varsta ..... ani**

**3. In ce cabinet de specialitate ati fost consultat .....**

**4. Amabilitatea personalului medical:**

nesatisfacatoare     buna     foarte buna

**5. Sunteti multumit de calitatea informatiilor primite de la personalul de la Registratura:**

foarte multumit     multumit     nemultumit

**6. Sunteti multumit de calitatea informatiilor primite de la personalul medical din cabinetul in care ati fost consultat:**

foarte multumit     multumit     nemultumit

**7. Va rugam sa acordati calificative pentru urmatoarele servicii:**

**7.1. curatenie**

nesatisfacator     bine     foarte bine

**7.2. timpul acordat de medic pentru consultatia dumneavoastra**

nesatisfacator     bine     foarte bine

**7.3. calitatea ingrijirilor medicale acordate de**

**7.3.1. medic**     nesatisfacator     bine     foarte bine

**7.3.2. asistente medicale**     nesatisfacator     bine     foarte bine

**7.4 atitudinea personalului**

- nesatisfacator     bine     foarte bine

**7.5. disponibilitatea personalului medical**

- nesatisfacatoare     buna     foarte buna

**8. La intrarea in cabinetul medical ati fost:**

- chemat de personal sanitar     ati intrat singur

**9. Ati fost informat cu privire la drepturile dvs. ca pacient?**     da     nu

**10. Ati fost instruit asupra modului in care sa va administrati medicamentele pe cale orala (tablete, pastile)?**

- da, intotdeauna     da, uneori     nu, niciodata

**11. Daca ar fi necesar sa va reintoarceti, ati opta pentru acelasi cabinet?**

- in mod cert da     probabil ca da     in mod categoric nu

**12. Considerati ca v –au fost respectate drepturile dvs. ca pacient?**

- da     nu

**Observatii si sugestii referitoare la aspectele pozitive si/ sau negative ale ingrijirilor medicale primite**

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

**Va multumim pentru colaborare!**