

ISKUSTVO PACIJENTA U AMBULANTI/ORDINACIJI

(opća-obiteljska medicina/stomatološka/specijalistička/medicina rada)

ANKETA

Poštovani,

Ispunjavanje ove ankete anonimno je i dobrovoljno. Ispunjavanjem potvrđujete svoju suglasnost da se dobiveni rezultati statistički obrađeni mogu prezentirati u javnosti ili publicirati kako biste bili upoznati s istima. Rezultati će se koristiti isključivo u svrhu poboljšanja kvalitete zdravstvene skrbi. Ako prihvaćate gore navedeno, molimo Vas pažljivo ispunite ovu anketu koja propituje Vaše mišljenje, stavove i iskustvo o kvaliteti skrbi koja Vam je pružena tijekom Vašeg posjeta liječniku u ambulanti/ordinaciji. Za ispunjavanje ankete će Vam trebati 5 do 10 minuta.

Naziv ambulante/ordinacije: _____

Mjesto: _____ Datum posjeta: _____

Ambulanta/ordinacija u kojoj se nalazite je: Molimo Vas unesite X u polje ispred odgovora

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> opća/obiteljska
medicina | <input type="checkbox"/> zdravstvena zaštita
predškolske djece | <input type="checkbox"/> specijalistička | <input type="checkbox"/> stomatološka |
| <input type="checkbox"/> zdravstvena zaštita
školske djece | <input type="checkbox"/> zdravstvena zaštita žena | <input type="checkbox"/> medicina rada | |

Odjeljak A: Prijem u ordinaciju

Molimo Vas unesite X u polje ispred odgovora

1. Koliko dugo ste čekali na termin pregleda?

- | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> hitan
prijem | <input type="checkbox"/> primljen/a
sam isti dan | <input type="checkbox"/> 2 -5
dana | <input type="checkbox"/> 6 - 15
dana | <input type="checkbox"/> 16 – 30
dana | <input type="checkbox"/> 31 - 60
dana | <input type="checkbox"/> duže od
60 dana |
|--|---|---------------------------------------|---|--|--|---|

Ako je Vaš odgovor na 1. pitanje hitan prijem, molimo preskočite na pitanje 7.

Molimo Vas unesite X u polje ispod odgovora

- | | da | ne | bez
odgovora |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. S liječnikom sam mogao/la razgovarati putem telefona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Prilikom naručivanja imao/la sam problem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Od medicinskog osoblja dobio/la sam sve potrebne informacije kako bi mi se olakšao prijem kod liječnika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Pregled sam obavio/la u zakazanom terminu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Čekanje na pregled u čekaonici bilo je u okvirima mojih očekivanja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Odjeljak B: U ordinaciji

Molimo Vas iskažite svoje slaganje ili neslaganje sa sljedećim tvrdnjama označavanjem jednog polja

	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
7. Liječnik/ca je za razgovor sa mnom osigurao/la dovoljno vremena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Liječnik/ca mi je pomogao/la u iznošenju mojih tegoba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Za obavljanje dodatnih pretraga dobio/la sam potrebno objašnjenje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Objašnjeni su mi problemi koji se mogu pojaviti tijekom liječenja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dobio/la sam sve potrebne informacije koje sam htio/htjela saznati o mojoj bolesti na meni razumljiv način	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dobio/la sam sve potrebne informacije koje sam htio/htjela saznati o mom planiranom liječenju na meni razumljiv način	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
13. Liječnik/ca se odnosio/la prema meni ljubazno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Liječnik/ca je pokazao/la brigu i razumijevanje za moj zdravstveni problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Liječnik/ca je pokazao/la visoku profesionalnu stručnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
16. Medicinska sestra/tehničar se odnosio/la prema meni ljubazno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Medicinska sestra/tehničar je pokazao/la brigu i razumijevanje za moj zdravstveni problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Medicinska sestra/tehničar je pokazao/la visoku stručnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
19. Ordinacija je bila uredna i čista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Čekaonica je bila uredna i čista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sanitarni čvor je bio uredan i čist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Odjeljak C: Vaše mišljenje

Molimo Vas iskažite svoje slaganje ili neslaganje sa sljedećim tvrdnjama označavanjem jednog polja

	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
22. Pružena zdravstvena skrb bila je u okviru mojih očekivanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ovdje sam naučio/la više o mojoj bolesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Privatnost mi je bila osigurana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Okruženje je bilo sigurno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ordinacija je dobro opremljena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Informacije koje sam dobivao/la bile su jasne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Osoblje je bilo predano poslu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Odjeljak D: Informiranost

Molimo Vas unesite X u polje ispred odgovora

29. Jeste li upoznati s pravima pacijenata?

da ne

30. U slučaju potrebe zaštite svojih prava obratili biste se prvo:

<input type="checkbox"/> medicinskoj sestri	<input type="checkbox"/> svom liječniku	<input type="checkbox"/> ravnatelju ustanove	<input type="checkbox"/> ministarstvu zdravlja	<input type="checkbox"/> pučkom pravobranitelju
<input type="checkbox"/> udruzi za zaštitu prava pacijenata	<input type="checkbox"/> povjerenstvu za zaštitu prava pacijenata u jedinici područne (regionalne) samouprave		<input type="checkbox"/> medijima (novinama, TV)	<input type="checkbox"/> ne bih se obratio/la nikome
<input type="checkbox"/> ne znam	<input type="checkbox"/> nekom drugom, navedite kome: _____			

Odjeljak E: Osobni i opći podaci

Molimo Vas unesite X u polje ispred odgovora

31. Anketu ispunjava:

pacijent roditelj skrbnik

32. Vaša dob:

manje od 16 16 -20 21 - 40 41-60 više od 60

33. Spol:

muško žensko

34. Stručna sprema:

niža stručna sprema srednja stručna sprema viša stručna sprema visoka stručna sprema

35. Zaposlen/a:

da ne

36. Jeste li zdravstveni radnik?

da ne

37. Grad/mjesto stanovanja: _____

38. Biste li našu ordinaciju/ambulantu preporučili drugome?

da ne ne znam

39. Vaš prijedlog za poboljšanje naše zdravstvene usluge: _____

Zahvaljujemo na ispunjavanju ankete 😊