

Dobrý den, rádi bychom Vás poprosili o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako důležitá zpětná vazba managementu nemocnice pro zkvalitňování služeb. Zároveň tímto děkujeme za Váš čas a pevně věříme, že nám Vaše odpovědi poslouží pro postupné zlepšování kvality poskytované péče v českých nemocnicích.

Název nemocnice	Kód oddělení
<p> Kolonky, prosím, vyplňujte propisovacím perem, nikoli fixem nebo plnicím perem. Zaškrťovací pole vyplňujte křížkem uvnitř čtverečku. Vyberte vždy jen jednu možnost, není-li napsáno jinak. Nevypisujte nic mimo pole k tomu určená, formulář je strojově zpracováván.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Správně označené pole ☺ <input checked="" type="checkbox"/> Oprava již označeného pole <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nesprávně označené pole ☹</p>
<p><i>Oddělení (vybírejte pouze jedno oddělení - to, ke kterému se vztahuje Vaše hodnocení)</i></p> <p> <input type="checkbox"/> chirurgie <input type="checkbox"/> interna <input type="checkbox"/> gynekologicko-porodní <input type="checkbox"/> rehabilitační <input type="checkbox"/> ortopedie <input type="checkbox"/> traumatologie <input type="checkbox"/> ORL (ušní, nosní, krční) <input type="checkbox"/> pediatrie (dětské) <input type="checkbox"/> oftalmologie (oční) <input type="checkbox"/> infekční <input type="checkbox"/> plicní <input type="checkbox"/> onkologie <input type="checkbox"/> urologie <input type="checkbox"/> ARO <input type="checkbox"/> JIP <input type="checkbox"/> kardiologie <input type="checkbox"/> kardiochirurgie <input type="checkbox"/> hemodialýza <input type="checkbox"/> neurologie <input type="checkbox"/> neurochirurgie <input type="checkbox"/> gastroenterologie <input type="checkbox"/> geriatricie <input type="checkbox"/> stomatologie <input type="checkbox"/> kožní <input type="checkbox"/> jiné oddělení </p>	
<p>1 Na základě čeho jste se rozhodl/a pro tuto nemocnici? (možnost více odpovědí)</p>	<p> <input type="checkbox"/> doporučení známých <input type="checkbox"/> vlastní zkušenost <input type="checkbox"/> doporučení lékaře <input type="checkbox"/> blízko bydliště <input type="checkbox"/> média (TV, internet) <input type="checkbox"/> nebylo to mé rozhodnutí (sanitka, ...) </p>
<p>2 Šel/šla jste do této nemocnice s důvěrou?</p>	<p> <input type="checkbox"/> rozhodně ano <input type="checkbox"/> spíše ano <input type="checkbox"/> spíše ne <input type="checkbox"/> rozhodně ne </p>
<p>3 Jak jste byl/a spokojen/a s organizací a rychlostí Vašeho přijetí do nemocnice?</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a </p>
<p>4 Byl Váš zákrok/pobyt v nemocnici plánovaný?</p>	<p> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne </p>
<p>5 V případě plánovaného zákroku/pobytu prosím uveďte délku objednací doby:</p>	<p> <input type="checkbox"/> do 1 měsíce <input type="checkbox"/> 1-3 měsíce <input type="checkbox"/> 3-6 měsíců <input type="checkbox"/> více než 6 měsíců <input type="checkbox"/> nepotřeboval/a jsem </p>
<p>6 Byl Vám srozumitelně vysvětlen navržený postup léčby?</p>	<p> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne </p>
<p>7 Byl/a jste srozumitelně seznámen/a s možnými riziky případného lékařského zákroku/vyšetření?</p>	<p> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepotřeboval/a jsem zákrok </p>
<p>8 Byl/a jste srozumitelně seznámen/a s tím, komu mohou být poskytovány informace o Vašem zdravotním stavu?</p>	<p> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím </p>
<p>9 Pokud jste pocítoval/a bolest, bylo na ni ze strany personálu účinně a včas reagováno?</p>	<p> <input type="checkbox"/> rozhodně ano <input type="checkbox"/> spíše ano <input type="checkbox"/> spíše ne <input type="checkbox"/> rozhodně ne <input type="checkbox"/> neměl/a jsem bolest </p>
<p>10 Ověřoval personál nemocnice Vaše jméno před podáváním léků nebo zákrokem?</p>	<p> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne </p>
<p>11 Byl/a jste seznámen/a s tím, jak o sebe máte pečovat po propuštění z nemocnice?</p>	<p> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne </p>
<p>12 Uvítal/a byste možnost většího zapojení pacienta do rozhodování o způsobu léčby?</p>	<p> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím </p>
<p>13 Nakazil/a jste se při pobytu v nemocnici nějakou infekcí nebo nemocí?</p>	<p> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nemohu posoudit </p>
<p>14 Pokud jste se nakazil/a při pobytu v nemocnici infekcí nebo nemocí, uveďte prosím jakou:</p>	<p> <input type="checkbox"/> střevní infekce <input type="checkbox"/> infekce močových cest <input type="checkbox"/> vleklé hojení pooperačních ran <input type="checkbox"/> zánět horních dýchacích cest <input type="checkbox"/> kožní infekce <input type="checkbox"/> nenakazil/a jsem se </p>
<p>jiné - uveďte: <input type="text"/></p>	
<p>15 Bylo s Vámi jednáno s úctou a respektem?</p>	<p> <input type="checkbox"/> rozhodně ano <input type="checkbox"/> spíše ano <input type="checkbox"/> spíše ne <input type="checkbox"/> rozhodně ne </p>
<p>16 Jak podle sebe hodnotíte pocit bezpečí z hlediska možných krádeží na Vašem oddělení?</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a </p>
<p>17 Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou na oddělení?</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a </p>

18 Pokud jste pocítoval/a potřebu si s někým pohovořit, byla Vaše potřeba vyslyšena?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepotřeboval/a jsem				
19 Jak hodnotíte kvalitu podávané stravy?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a	
20 Co navrhuje v této nemocnici zlepšit? (možnost více odpovědí)	<input type="checkbox"/> strava <input type="checkbox"/> televize <input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> prostředí na pokoji (nábytek) <input type="checkbox"/> parkování <input type="checkbox"/> čistota a úklid <input type="checkbox"/> dostupnost a čistota WC/sprchy <input type="checkbox"/> modernizace/rekonstrukce budov <input type="checkbox"/> jsem spokojen/a <input type="checkbox"/> jednání/komunikace lékařů <input type="checkbox"/> jednání/komunikace sester <input type="checkbox"/> klimatizace a vytápění <input type="checkbox"/> způsob podávání informací pacientům <input type="checkbox"/> větší zapojení pacienta do procesu léčby a rozhodování <input type="checkbox"/> dostupnost dezinfekce na ruce <input type="checkbox"/> větší počet nadstandardních pokojů <input type="checkbox"/> pomoc při zajištění domácí péče						
jiné - uveďte: <input type="text"/>							
21 Bylo pro Vás orientační značení v nemocnici srozumitelné?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nevím				
22 Jak hodnotíte úroveň komunikace s ošetřujícími lékaři?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a	
23 Jak hodnotíte úroveň komunikace s ošetřujícími sestrami?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a	
24 Když jste potřeboval/a přivolat ošetřující personál, byla jeho reakce včasná?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepotřeboval/a jsem				
25 Máte pocit, že byl Váš pobyt v nemocnici dostatečně dlouhý vzhledem k Vašemu aktuálnímu zdravotnímu stavu?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nemohu posoudit				
26 Jak často se personál nemocnice při komunikaci s Vámi usmívá?	<input type="checkbox"/> velmi často	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> méně často	<input type="checkbox"/> téměř nikdy			
27 U které zdravotní pojišťovny jste v současné době pojištěn/a?	<input type="checkbox"/> Všeobecná zdravotní pojišťovna (111) <input type="checkbox"/> Vojenská zdravotní pojišťovna (201) <input type="checkbox"/> Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205) <input type="checkbox"/> Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207) <input type="checkbox"/> Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209) <input type="checkbox"/> Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211) <input type="checkbox"/> RBP, zdravotní pojišťovna (213)						
28 Jak hodnotíte komunikaci s Vaší zdravotní pojišťovnou? (e-mail, telefon, dopis, osobní kontakt)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a	
29 Jak hodnotíte nabídku preventivních programů Vaší zdravotní pojišťovny?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a	
30 Co byste chtěl/a ve Vaší zdravotní pojišťovně zlepšit? (možnost více odpovědí)	<input type="checkbox"/> komunikace (elektronická, telefonická, písemná, reakční doba) <input type="checkbox"/> podpora léčby šetrnější pro pacienty <input type="checkbox"/> výše příspěvků na bonusové programy (sport, doplňky stravy, slevy pro pojištěnce) <input type="checkbox"/> nabídka preventivních programů (očkování, preventivní vyšetření)						
jiné - uveďte: <input type="text"/>							
31 Jste v této nemocnici dostatečně informován/a o možnostech propojení spolupráce s patientskou organizací zaměřenou na Vaše případné onemocnění?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepotřebuji				
32 Setkal/a jste se během svého pobytu v nemocnici s diskriminací?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne					
33 Pokud jste se setkal/a během svého pobytu s diskriminací, upřesněte prosím, o jaký typ diskriminace se jednalo: (možnost více odpovědí)	<input type="checkbox"/> pohlaví	<input type="checkbox"/> rasa	<input type="checkbox"/> pracovní zařazení	<input type="checkbox"/> vzhled	<input type="checkbox"/> vzdělání	<input type="checkbox"/> věk	<input type="checkbox"/> náboženství

Vyplnění těchto osobních údajů je dobrovolné. Jejich vyplnění nám pomůže udělat si představu o potřebách sociodemografických skupin.

Pohlaví: muž žena

Váš věk: 1-20 21-35 36-50 51-65 66 a více let Vzdělání: základní středoškolské vysokoškolské

Ano, uděluji souhlas se zpracováním dat (bez souhlasu nelze dotazník zpracovat). Více informací na: www.hc-institute.org/souhlas

Správně označené pole ☺

Oprava již označeného pole

Nesprávně označené pole ☹

Vaše odpovědi prosím odevzdávejte do 31. 8. 2021 na předem určeném místě, nebo pošlete na: HealthCare Institute o.p.s., Štefánikova 58/31, 742 21 Kopřivnice