



Dobrý den, rádi bychom Vás poprosili o vyplnění tohoto **anonymního dotazníku**, který nám pomůže zjistit, jak jste v této nemocnici spokojeni s poskytovanými službami.  
Pomozte nám zvolit **NEJLEPŠÍ NEMOCNICI ROKU 2024**. Děkujeme Vám za Váš čas.

NÁZEV NEMOCNICE	KÓD ODDĚLENÍ
-----------------	--------------

Kolony, prosím, vyplňujte propisovacím perem, **křížkem** označte zvolenou **jednu** odpověď, pokud není uvedeno jinak.

 Správně označené pole ☺

 Oprava již označeného pole

   Nesprávně označené pole ☹

### AMBULANCE

<input type="checkbox"/> oční	<input type="checkbox"/> chirurgie	<input type="checkbox"/> diabetologie	<input type="checkbox"/> nefrologie	<input type="checkbox"/> neurologie	<input type="checkbox"/> hemodialýza	<input type="checkbox"/> ORL (ušní, nosní, krční)
<input type="checkbox"/> cévní	<input type="checkbox"/> urologie	<input type="checkbox"/> kardiologie	<input type="checkbox"/> onkologie	<input type="checkbox"/> psychologie	<input type="checkbox"/> stomatologie	<input type="checkbox"/> gastroenterologie
<input type="checkbox"/> plicní	<input type="checkbox"/> interna	<input type="checkbox"/> mamologie	<input type="checkbox"/> ortopedie	<input type="checkbox"/> psychiatrie	<input type="checkbox"/> traumatologie	<input type="checkbox"/> gynekologicko-porodní
<input type="checkbox"/> kožní	<input type="checkbox"/> alergologie	<input type="checkbox"/> transfuzní	<input type="checkbox"/> radiologie	<input type="checkbox"/> rehabilitační	<input type="checkbox"/> pediatrie (dětské)	<input type="checkbox"/> jiné oddělení

*Hodnoťte jako ve škole 1 = nejlepší hodnocení, 5 = nejhorší hodnocení, N = nevím, nepotřeboval/a jsem*

	1	2	3	4	5	nevím
1. Jak hodnotíte <b>orientační značení</b> v nemocnici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jak hodnotíte <b>dobu čekání</b> před vstupem do ambulance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jak hodnotíte komunikaci a přístup <b>ošetřujícího lékaře</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jak hodnotíte komunikaci a přístup <b>ošetřující sestry</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jak hodnotíte <b>množství informací</b> o navrhované léčbě/ošetření?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jak srozumitelně Vám byla vysvětlena <b>rizika</b> navrhované léčby/ošetření?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jak hodnotíte <b>kvalitu</b> ošetření v ambulanci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jak hodnotíte <b>reakci</b> ošetřujícího personálu na Vaši případnou <b>bolest</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jak hodnotíte <b>pocit soukromí</b> (během vyšetření či předání informací)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bylo s Vámi jednáno s <b>úctou</b> a <b>respektem</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jak jste <b>celkově</b> v této ambulanci <b>spokojen/a</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jak hodnotíte <b>prostředí v nemocnici</b> ?						
Dostupnost a čistota WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modernizace/rekonstrukce budovy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostředí v ambulanci (čistota, vybavení, velikost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostředí v čekárně (čistota, vybavení, velikost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdravotnické přístroje / vybavení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jak hodnotíte <b>doplňkové služby v nemocnici (pokud se zde nachází)</b> ?						
Bankomat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bufet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lékárna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nápojové automaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomoc při zajištění domácí péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodejna zdravotnických potřeb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezervační systém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Na základě čeho jste se rozhodli pro tuto ambulanci? (možnost více odpovědí)**

- Vlastní zkušenost       Blízko bydliště       Doporučení známých       Doporučení lékaře  
 Nebylo to mé rozhodnutí (sanitka, ...)       Média (TV, internet, ...)       Dřívější objednávací termín

**15. Prostor pro Váš komentář:****ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ROKU 2024**

Pomozte nám, prosím, ohodnotit také svou zdravotní pojišťovnu a Vaši spokojenost se službami, které nabízí. Děkujeme Vám.

	1	2	3	4	5	nevím
1. Jak hodnotíte <b>komunikaci</b> s Vaší zdravotní pojišťovnou? (e-mail, telefon, osobní kontakt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jak hodnotíte nabídku <b>preventivních programů</b> Vaší zdravotní pojišťovny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jak hodnotíte <b>mobilní aplikaci</b> své zdravotní pojišťovny, pokud ji máte na svém telefonu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zvažujete změnit svou zdravotní pojišťovnu?	<input type="checkbox"/> ano		<input type="checkbox"/> ne		<input type="checkbox"/> nevím	
5. Co by Vás motivovalo ke změně své zdravotní pojišťovny? (možnost více odpovědí)	<input type="checkbox"/> Lepší nabídka preventivních programů <input type="checkbox"/> Vyšší příspěvek na preventivní programy <input type="checkbox"/> Změna bydliště <input type="checkbox"/> Lepší komunikace <input type="checkbox"/> Doporučení lékaře <input type="checkbox"/> Doporučení známých <input type="checkbox"/> Sjednocení zdravotní pojišťovny celé rodiny Jiné – uveďte: .....					
6. Vaše zdravotní pojišťovna?	<input type="checkbox"/> VZP (111) <input type="checkbox"/> VOZP (201) <input type="checkbox"/> OZP (207) <input type="checkbox"/> ZPŠ (209) <input type="checkbox"/> ZPMVČR (211) <input type="checkbox"/> ČPZP (205) <input type="checkbox"/> RBP (213)					

**NAPIŠTE NÁM NĚCO O SOBĚ 😊**

Vyplnění těchto údajů je dobrovolné. Jejich vyplnění nám pomůže vytvořit představu o potřebách sociodemografických skupin.

<b>Pohlaví:</b> <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Muž	<b>Váš věk:</b> <input type="checkbox"/> Doprovod dětského pacienta <input type="checkbox"/> 15–18 let <input type="checkbox"/> 19–35 let <input type="checkbox"/> 36–50 let <input type="checkbox"/> 51–65 let <input type="checkbox"/> 66 a více let	<b>Návštěva ambulance byla:</b> <input type="checkbox"/> Akutní <input type="checkbox"/> Plánovaná
<b>Nejvyšší vzdělání:</b> <input type="checkbox"/> Základní <input type="checkbox"/> Středoškolské <input type="checkbox"/> Vysokoškolské		<b>Délka termínu objednání:</b> <input type="checkbox"/> Do 1 měsíce <input type="checkbox"/> 1–3 měsíce <input type="checkbox"/> 4–6 měsíců <input type="checkbox"/> Více než 6 měsíců <input type="checkbox"/> Nepotřeboval/a jsem

**NĚCO O NÁS**

Namiřte telefonem a zjistěte, co děláme 😊



Odevzdáním vyplněného dotazníku dáváte souhlas ke zpracování dat. Více informací na [www.hc-institute.org/souhlas](http://www.hc-institute.org/souhlas).

Vaše odpovědi prosím odevzdávejte do **31. 8. 2024** na předem určeném místě nebo pošlete na:  
**HealthCare Institute o.p.s., Štefánikova 58/31, 742 21, Kopřivnice.**