

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>Kolony, prosím, vyplňujte propisovacím perem, křížkem označte zvolenou jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.</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 checked="" 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>	
1 Na základě čeho jste se rozhodl/a pro tuto nemocnici? (možnost více odpovědí)	<input type="checkbox"/> doporučení známých <input type="checkbox"/> vlastní zkušenost <input type="checkbox"/> možnost brzkého nástupu <input type="checkbox"/> doporučení lékaře <input type="checkbox"/> blízko bydliště <input type="checkbox"/> média (TV, internet) <input type="checkbox"/> nebylo to mé rozhodnutí (sanitka, ...)
2 Šel/šla jste do této nemocnice s důvěrou?	<input type="checkbox"/> rozhodně ano <input type="checkbox"/> spíše ano <input type="checkbox"/> spíše ne <input type="checkbox"/> rozhodně ne
3 Jak jste byl/a spokojen/a s organizací a rychlostí Vašeho přijetí do nemocnice?	<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
4 Byl Váš zákrok/pobyt v nemocnici plánovaný?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
5 V případě plánovaného zákroku/pobytu prosím uveďte délku objednací doby:	<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
6 Byl Vám srozumitelně vysvětlen navržený postup léčby?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
7 Byl/a jste srozumitelně seznámen/a s možnými riziky případného lékařského zákroku/vyšetření?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepotřeboval/a jsem zákrok
8 Byl/a jste srozumitelně seznámen/a s tím, komu mohou být poskytovány informace o Vašem zdravotním stavu?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím
9 Pokud jste pociťoval/a bolest, bylo na ni ze strany personálu účinně a včas reagováno?	<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
10 Ověřoval personál nemocnice Vaše jméno před podáváním léků nebo zákrokem?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
11 Byl/a jste seznámen/a s tím, jak o sebe máte pečovat po propuštění z nemocnice?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
12 Uvítal/a byste možnost většího zapojení pacienta do rozhodování o způsobu léčby?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím
13 Nakazil/a jste se při pobytu v nemocnici nějakou infekcí nebo nemocí?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nemohu posoudit
14 Bylo s Vámi jednáno s úctou a respektem?	<input type="checkbox"/> rozhodně ano <input type="checkbox"/> spíše ano <input type="checkbox"/> spíše ne <input type="checkbox"/> rozhodně ne
15 Jak podle sebe hodnotíte pocit bezpečí z hlediska možných krádeží na Vašem oddělení?	<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
16 Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou na oddělení?	<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
17 Pokud jste pociťoval/a potřebu si s někým pohovořit, byla Vaše potřeba vyslyšena?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepotřeboval/a jsem
18 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

19 Co navrhujete 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"/>	
20 Bylo pro Vás orientační značení v nemocnici srozumitelné?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím
21 Umýval si ošetřující lékař ruce před a po Vašem vyšetření?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím
22 Umývala si ošetřující sestra ruce před a po Vašem vyšetření?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím
23 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 <i>1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a</i>
24 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 <i>1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a</i>
25 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
26 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
27 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
28 U které zdravotní pojišťovny jste v současné době pojištěn/a?	<input type="checkbox"/> Všeob. zdr. poj. (111) <input type="checkbox"/> Vojen. zdr. poj. (201) <input type="checkbox"/> OZP (207) <input type="checkbox"/> ZPŠ (209) <input type="checkbox"/> ZPMV ČR (211) <input type="checkbox"/> ČPZP (205) <input type="checkbox"/> RBP (213)
29 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 <i>1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a</i>
30 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 <i>1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a</i>
31 Zvažujete změnit svou zdravotní pojišťovnu?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím
32 Co by Vás motivovalo ke změně své zdravotní pojišťovny? (možnost více odpovědí)	<input type="checkbox"/> nabídka preventivních programů <input type="checkbox"/> doporučení lékaře <input type="checkbox"/> změna bydliště <input type="checkbox"/> výše příspěvků na bonusové programy <input type="checkbox"/> doporučení známých <input type="checkbox"/> úroveň komunikace <input type="checkbox"/> sjednocení zdravotní pojišťovny celé rodiny
jiné - uveďte: <input type="text"/>	
33 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

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

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

Odevzdáním vyplněného dotazníku dáváte souhlas ke zpracování dat. Více informací na: www.hc-institute.org/souhlas

Správně označené pole ☺

Oprava již označeného pole

Nesprávně označené pole ☹