|  |
| --- |
| Aşağıda yer alan ifadeler ile ilgili geri bildirimleriniz, sizlere daha kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen sağlık kuruluşumuz için büyük önem taşımaktadır.  Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve katılımınız nedeniyle şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerimizi iletiriz.  **Başhekim/Merkez Müdürü**  **Not:** Kişisel bilgileriniz ve ankette verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. |
| **Yıl:** |
| **Başvurduğunuz Poliklinik:** |
| **Ankete Katılan:** ( ) Hasta ( ) Hasta Yakını\* |
| **Kişisel Bilgiler:** |
| **Cinsiyetiniz:** ( )Kadın ( )Erkek |
| **Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz.** ( ) 20’nin altında ( ) 20-­29 ( )  30­-39  ( ) 40-­49  ( )  50-­59 ( ) 60 üstü |
| **Eğitim durumunuzu belirtiniz.** ( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( ) İlkokul  ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite  ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra No** | **Anket Soruları** | **Tamamen Katılıyorum** | **Katılıyorum** | **Kararsızım** | **Katılmıyorum** | **Kesinlikle Katılmıyorum** |
| 1 | **Sağlık kuruluşuna ulaşımda zorluk yaşamadım.** |  |  |  |  |  |
| 2 | **Danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterliydi.** |  |  |  |  |  |
| 3 | **Sağlık kuruluşu içinde ulaşmam gereken birimlere kolaylıkla ulaşabildim.** |  |  |  |  |  |
| 4 | **Kayıt işlemleri için çok beklemedim.** |  |  |  |  |  |
| 5 | **Muayene olacağım doktoru kendim seçtim.** |  |  |  |  |  |
| 6 | **Bekleme alanının fiziki koşulları yeterliydi.** |  |  |  |  |  |
| 7 | **Muayene olmak için beklediğim süre uygundu.** |  |  |  |  |  |
| 8 | **Muayene ve tedavi alanlarının fiziki koşulları yeterliydi.** |  |  |  |  |  |
| 9 | **Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi.** |  |  |  |  |  |
| 10 | **Tahlil ve tetkikler için verilen randevu süreleri uygundu.** |  |  |  |  |  |
| 11 | **Tahlil ve tetkik sonuçlarımı belirtilen süre içerisinde aldım.** |  |  |  |  |  |
| 12 | **Doktorum tarafından tedavim ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı.** |  |  |  |  |  |
| 13 | **Tetkik ve tedavim sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi.** |  |  |  |  |  |
| 14 | **Personelin bana karşı davranışları nezaket kurallarına uygundu.** |  |  |  |  |  |
| 15 | **Sağlık kuruluşu genel olarak temizdi.** |  |  |  |  |  |
| 16 | **Sağlık kuruluşunun sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşıladı.** |  |  |  |  |  |
| 17 | **Bu sağlık kuruluşundan, hiç kimsenin yardımına ihtiyaç duymadan hizmet alabilirim.** |  |  |  |  |  |
| 18 | **Bu sağlık kuruluşunu aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim.** |  |  |  |  |  |
| **Varsa Görüş ve Önerileriniz.** | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HAZIRLAYAN** | **KONTROL EDEN** | **ONAYLAYAN** |
| **Kalite Yönetim Birimi** | **Kalite Yönetim Sorumlusu** | **Başhekim/Merkez Müdürü** |