

ضمن آرزوی سلامتی برای جنابعالی، با توجه به اجرای طرح عظیم تحول نظام سلامت از ۱۵ اردیبهشت ماه سال جاری در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بر خود لازم دانستیم نظرات شما را در ارتباط با نحوه ارائه خدمات در طی مدت بستری در بیمارستان دریافت نمائیم. لطفاً با پر کردن فرم زیر ما را از رهنمودهای خویش در ارائه خدمات مناسب و به موقع و با کیفیت مطلوب بهره‌مند نمائید.

- مشخصات بیمار (در صورت تمایل)

نام بیمار: تاریخ بستری: بخش بستری شده: نام بیمارستان: تحصیلات:

نوع بیمه: 1. سلامت ایرانیان 2. تامین اجتماعی 3. نیروهای مسلح 4. کمیته امداد 5. سایر

- رضایت از پاسخگویی کارکنان بیمارستان در خصوص محاسبه هزینه‌های بستری طبق تعرفه جدید طرح تحول نظام سلامت به چه میزان بوده است؟

1. زیاد 2. متوسط 3. کم

میزان رضایت شما از ارائه به موقع و مناسب خدمات کارکنان بیمارستان و نحوه برخورد آنان به چه میزان بوده است؟

1. زیاد 2. متوسط 3. کم

در صورت زایمان طبیعی در بیمارستان میزان رضایت شما از اجرای طرح تحول نظام سلامت و عدم پرداخت وجه چقدر بوده است؟

1. زیاد 2. متوسط 3. کم

در صورت مراجعات قبلی، از وضعیت جدید (اجرای طرح تحول نظام سلامت به چه میزان رضایت داشته اید؟)

1. زیاد 2. متوسط 3. کم

-میزان رضایت شما از حضور به موقع پزشک، نحوه برخورد و اختصاص وقت کافی جهت معاینه بیماران به چه میزان بوده است؟

1. زیاد 2. متوسط 3. کم

-میزان رضایت شما از مبلغ پرداختی طبق تعرفه جدید طرح تحول نظام سلامت به چه میزان است؟

1. زیاد 2. متوسط 3. کم

-میزان رضایت شما از تهیه دارو و ملزومات پزشکی (خدمات پاراکلینیکی) مورد نیاز بیمارتان به چه میزان بوده است؟

1. زیاد 2. متوسط 3. کم

-میزان تبلیغات و اطلاع‌رسانی طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان به چه میزان بوده است؟

1. زیاد 2. متوسط 3. کم

-رضایت شما از نحوه انتقال و جابجایی بیماران به سایر واحدهای بیمارستان به چه میزان است؟ (برانکارد، ویلچر، پتو و لباس گرم، نحوه جابجایی و انتقال توسط بیماربر)

1. زیاد 2. متوسط 3. کم