



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 2025**. 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

☐ oční	☐ chirurgie	☐ diabetologie	☐ nefrologie	☐ neurologie	☐ hemodialýza	☐ ORL (ušní, nosní, krční)
☐ cévní	☐ urologie	☐ kardiologie	☐ onkologie	☐ psychologie	☐ stomatologie	☐ gastroenterologie
☐ plicní	☐ interna	☐ mamologie	☐ ortopedie	☐ psychiatrie	☐ traumatologie	☐ gynekologicko-porodní
☐ kožní	☐ alergologie	☐ transfúzní	☐ radiologie	☐ rehabilitační	☐ pediatrie (dětské)	☐ 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 orientační značení v nemocnici?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Jak hodnotíte dobu čekání před vstupem do ambulance?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Jak hodnotíte komunikaci a přístup ošetřujícího lékaře ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Jak hodnotíte komunikaci a přístup ošetřující sestry ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Jak hodnotíte množství informací o navrhované léčbě/ošetření?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Jak srozumitelně Vám byla vysvětlena rizika navrhované léčby/ošetření?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Jak hodnotíte kvalitu ošetření v ambulanci?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Jak hodnotíte reakci ošetřujícího personálu na Vaši případnou bolest ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Jak hodnotíte pocit soukromí (během vyšetření či předání informací)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Bylo s Vámi jednáno s úctou a respektem ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Jak jste celkově v této ambulanci spokojen/a ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Jak hodnotíte prostředí v nemocnici ?						
Dostupnost a čistota WC	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Modernizace/rekonstrukce budovy	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Parkování	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prostředí v ambulanci (čistota, vybavení, velikost)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prostředí v čekárně (čistota, vybavení, velikost)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zdravotnické přístroje / vybavení	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Jak hodnotíte doplňkové služby v nemocnici (pokud se zde nachází) ?						
Bankomat	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bufet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lékárna	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nápojové automaty	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pomoc při zajištění domácí péče	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prodejna zdravotnických potřeb	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rezervační systém	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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 2025**

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

NAPIŠTE NÁM NĚCO O SOBĚ ☺

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

Pohlaví: ☐ Žena ☐ Muž	Váš věk: ☐ Doprovod dětského pacienta ☐ 15–18 let ☐ 19–35 let ☐ 36–50 let ☐ 51–65 let ☐ 66 a více let	Návštěva ambulance byla: ☐ Akutní ☐ Plánovaná
Nejvyšší vzdělání: ☐ Základní ☐ Středoškolské ☐ Vysokoškolské		Délka termínu objednání: ☐ Do 1 měsíce ☐ 1–3 měsíce ☐ 4–6 měsíců ☐ Více než 6 měsíců ☐ 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.

Vaše odpovědi prosím odevzdávejte do **31. 8. 2025** na předem určeném místě nebo pošlete na:

HealthCare Institute o.p.s., Štefánikova 58/31, 742 21, Kopřivnice.