



**SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENTA
TIMISOARA**

300041- str. Hector 1, Timisoara, Timis – RO, 300041
Tel : 0256/200048, 0256/221553, Fax: 0256/200046
<http://www.spitalul-municipal-timisoara.ro>
e-mail : smtm@rdstm.ro
Cod fiscal : 4483447, IBAN : RO19TREZ6215041XXX000495
Trezoreria Timisoara

ISO 9001
ISO 14001
ISO 18001



**CHESTIONAR DE EVALUARE
SI SATISFACTIE PACIENTI/APARTINATORI**

Stimată/Stimat pacient

În vederea aprecierii îngrijirilor medicale pe care le-ați primit în cadrul spitalului nostru și a creșterii calității acestora, vă rugăm să aveți amabilitatea de a răspunde întrebărilor din chestionarul de mai jos și de a depune acest chestionar în „cutia poștală a pacientului” existentă la intrarea în secție.

Răspundeți la întrebări bifând varianta care descrie cel mai bine situația dvs.

Nu trebuie să vă semnați, acest chestionar este anonim ; depunerea chestionarelor se va face la externare și ridicarea chestionarelor se va face în termen de 3 zile lucrătoare de la finele lunii.

În situațiile pacienților minori sau persoane fără discernământ temporar (ex: stări comatoase, secții psihiatrie etc.) sau constant, aceste chestionare se pot completa de către aparținătorii acestora .

Răspunsurile dvs. sunt importante pentru noi!

DATA /SECTIA.....

Nume și prenume pacient/aparținător (optional):.....

CNP (optional)

Ați fost informat asupra drepturilor și obligațiilor pacientului?

- Da – printr-un formular atasat FOCG
- Da- verbal de către medic/asistentă
- Da - prin afisarea acestuia în cadrul secției clinice
- NU

Vă mulțumim pentru colaborare!

