



Ημερομηνία:

Τμήμα που επισκεφτήκατε/νοσηλεύτήκατε:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ και στοιχεία επικοινωνίας (εφόσον επιθυμείτε)

Αγαπητέ/ή,

Στην προσπάθειά μας να βελτιωνόμαστε συνεχώς στην ποιότητα των υπηρεσιών που σας παρέχουμε, θα θέλαμε να μας βοηθήσετε συμπληρώνοντας το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Ο χρόνος που θα απαιτηθεί από εσάς (ή κάποιον συγγενή ή φίλο) να το συμπληρώσετε θα είναι μικρός, αλλά η συμμετοχή σας στην παραπάνω προσπάθεια θα είναι μεγάλη και πολύτιμη για εμάς. Παρακαλούμε σημειώστε με ✓ την απάντηση που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησής σας σχετικά με:

α/α	Πεδίο αξιολόγησης	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
1.	Τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Την ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Την ταχύτητα εξυπηρέτησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Το χρόνο αναμονής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Το χρόνο που μεσολαβεί από το κλείσιμο έως την πραγματοποίηση του ραντεβού σας (για εξωτερικούς ασθενείς)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Τη διαθεσιμότητα των ιατρικών ειδικοτήτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Την ταχύτητα έκδοσης των αποτελεσμάτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Τον εξοπλισμό του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Τους χώρους του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Την πρόσβαση στους χώρους του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Την καθαριότητα των χώρων του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Τη συνολική εικόνα του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Παρακαλούμε αναφέρετε σημεία στα οποία πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να γίνουν βελτιώσεις ή επιπρόσθετα σχόλια:

Σημείωση: Το έντυπο παραλαμβάνεται από την Γραμματεία Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (εξωτερικοί ασθενείς) και από την Γραμματεία Επειγόντων Περιστατικών (νοσηλεύομενοι ασθενείς). Παρακαλούμε αφού συμπληρώσετε το έντυπο, τοποθετήστε το στο Ειδικό Κιτίο στην Γραμματεία ΤΕΙ και ως νοσηλεύομενος παραδώστε το στο Λογιστήριο Ασθενών με το εξιτηρίο σας.