

**Anket-7 Hasta Deneyimi Anketi-Evde Sağlık Hizmetleri**

| <b>HASTA DENEYİMİ ANKETİ-EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ</b>   |  |                            |                    |                   |                     |                                |
|---|--|----------------------------|--------------------|-------------------|---------------------|--------------------------------|
| <b>EVDE SAĞLIK KOORDİNASYON MERKEZİ ADI</b>   |  |                            |                    |                   |                     |                                |
| <p>Aşağıda yer alan ifadeler ile ilgili geri bildirimleriniz, sizlere daha kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen sağlık kuruluşumuz için büyük önem taşımaktadır.<br/>Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve katılımınız nedeniyle şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerimizi iletiriz.</p> <p style="text-align: right;"><b>Yönetici</b></p> |  |                            |                    |                   |                     |                                |
| <b>Not:</b> Kişisel bilgileriniz ve ankette verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.  |  |                            |                    |                   |                     |                                |
| <b>Yıl:</b>   |  |                            |                    |                   |                     |                                |
| <b>Ankete Katılan:</b> ( )Hasta ( )Hasta Yakını*  |  |                            |                    |                   |                     |                                |
| <b>Hastanın Tanısı:</b>   |  |                            |                    |                   |                     |                                |
| <b>Kişisel Bilgiler:</b>  |  |                            |                    |                   |                     |                                |
| <b>Cinsiyetiniz:</b> ( )Kadın ( )Erkek  |  |                            |                    |                   |                     |                                |
| <b>Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz.</b><br>( )20'nin altında ( )20-29 ( )30-39<br>( )40-49 ( )50-59 ( )60 üstü  |  |                            |                    |                   |                     |                                |
| <b>Eğitim durumunuzu belirtiniz.</b><br>( )Okuryazar değil ( )Okuryazar ( )İlkokul ( )Yüksek Lisans<br>( )Ortaokul ( )Lise ( )Üniversite ( )Doktora   |  |                            |                    |                   |                     |                                |
| <b>Sıra No</b>  | <b>Anket Soruları</b>  | <b>Tamamen Katılıyorum</b> | <b>Katılıyorum</b> | <b>Kararsızım</b> | <b>Katılmıyorum</b> | <b>Kesinlikle Katılmıyorum</b> |
| 1   | Evde sağlık hizmetlerine başvuru sürecinde zorluk yaşamadım.             |                            |                    |                   |                     |                                |
| 2   | Başvuru sonrasında ilk incelemeye bir hafta içerisinde gelindi.          |                            |                    |                   |                     |                                |
| 3   | İlk ziyaret esnasında verilecek hizmet ile ilgili yeterli bilgi verildi. |                            |                    |                   |                     |                                |
| 4   | Ziyaret tarihleri hakkında yeterli bilgilendirme yapılır.                |                            |                    |                   |                     |                                |
| 5   | Belirlenen ziyaret tarihlerinde hizmet alırım.                           |                            |                    |                   |                     |                                |

|                                     |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 6                                   | İhtiyacım olduğu zaman birime kolayca ulaşabilirim.                                |  |  |  |  |  |
| 7                                   | İsteklerim ve sorunlarım dikkatli bir şekilde dinlenir.                            |  |  |  |  |  |
| 8                                   | Doktorum muayene için yeterli zaman ayırır.  |  |  |  |  |  |
| 9                                   | Doktorum hastalığım ve tedavim ile ilgili yeterli bilgilendirme yapar.             |  |  |  |  |  |
| 10                                  | Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterilir.              |  |  |  |  |  |
| 11                                  | Tahlil ve tetkik süreçleri ve sonuçlarım hakkında bilgilendirilirim.               |  |  |  |  |  |
| 12                                  | Birim çalışanlarının bana karşı davranışları nezaket kurallarına uygundu.          |  |  |  |  |  |
| 13                                  | Evde sağlık hizmetleri biriminin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşıladı. |  |  |  |  |  |
| 14                                  | Bu birimi, hizmete ihtiyacı olan herkese tavsiye ederim.                           |  |  |  |  |  |
| <b>Varsa görüş ve önerileriniz.</b> |  |  |  |  |  |  |