

هلا منحتنا بضع دقائق من وقتك؟

عزيزي المريض، عزيزتي المريضة

إذا كنتم تودون المشاركة، فيرجى منكم لطفًا مراعاة ما يلي:

- ◀ من فضلك أجب على كل الأسئلة ولا تترك أي سؤال من دون إجابة.
- ◀ من فضلك اختر إجابة واحدة فقط لكل سؤال، وهي تلك التي تراها الأنسب لك.
- ◀ إذا كنت تملأ استطلاع الرأي أثناء تواجدك بالعيادة، فبرجاء وضع الاستطلاع في الصندوق المخصص له بعد الإجابة على الأسئلة.
- ◀ إذا كنت تملأ استطلاع الرأي في المنزل، فيرجى التكرم بإرساله إلى العيادة عبر البريد.

إن رضاكم عن الخدمات التي تقدمها عيادتنا، ليقع في قلبنا في أسمى موقع.

يُسعدنا جدًا أن نتعرف على رأيكم بخصوص عيادتنا. إن تقييماتكم ورغباتكم وأفكاركم لتساعدنا في تحسين الخدمات التي نقدمها.

استطلاع الرأي هذا تطوعي و لا يتطلب الكشف عن هويتكم، كما لا يُمكن أن تُستخلص منه معلومات مرجعية عن مرضى بعينهم.

إذا كان لديكم أية استفسارات، فلا ترددوا في الاتصال بنا. لكم منا جزيل الشكر!

فريق العمل بالعيادة

		1. ما مدى رضاك عن ...				
		غير راضٍ تمامًا	غير راضٍ	راضٍ	راضٍ تمامًا	
		0	1	2	3	
A	A 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...مدة انتظار الموعد مع الطبيب؟
	A 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...مدة الانتظار في العيادة؟
	A 03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...طريقة تعامل طاقم العيادة معك؟
	A 04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...الأجواء السائدة في العيادة؟
B	B 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ما مدى رضاك بشكل عام عن هذا الطبيب/ هذه الطبيبة فيما يخص ...
	B 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...المعلومات التي تتعلّق بأسباب مرضك؟
	B 03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...المعلومات التي تتعلّق بتطور مرضك؟
	B 04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...المعلومات التي تتعلّق بالعلاج المقرر؟
	B 05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...المعلومات التي تتعلّق بتأثير الأدوية المقررة؟
	B 06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...المعلومات التي تتعلّق بدورك في العلاج (مثل التنويه إلى مجموعات المساعدة الذاتية، و النصائح الخاصة بالتغذية)؟
	B 07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...مدى كون المعلومات مفهومة لك؟
	B 08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...مراعاة الآثار الجانبية للأدوية التي يكتبها؟
	B 08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...مراعاة كافة الإمكانيات العلاجية (مثل الأدوية، والعلاج الطبيعي)؟

C		3. ما مدى رضاك بشكلٍ عام عن هذا الطبيب/ هذه الطبيبة فيما يخص...			
		غير راضٍ تمامًا	غير راضٍ	راضٍ	راضٍ تمامًا
		0	1	2	3
C 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...قدرته/قدرتها على التفهم؟
C 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...قدرته/قدرتها على إظهار التعاطف والمشاركة الوجدانية؟
C 03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...الشاعر الإنسانية؟
C 04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...الوقت الذي يخصصه/تخصصه لك؟
C 05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...مدى تفاعله/تفاعلها بجدية مع حالتك؟
C 06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...التشجيع والدعم؟
C 07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...مدى تحليه/تحليها بالصبر؟
C 08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...معاملتك كإنسان وليس مجرد رقم؟
D		4. ما مدى رضاك بشكلٍ عام عن هذا الطبيب/ هذه الطبيبة فيما يخص ...			
D 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...التعاون مع المؤسسات الطبية الأخرى؟
D 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...الاهتمام والتدقيق عند إجراء الفحوصات؟
D 03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...الاستعداد لتحويلك إلى طبيب آخر أو عيادة أخرى في الوقت المناسب؟
E		5. كيف يناقش هذا الطبيب/ هذه الطبيبة معك القرارات المتعلقة بالفحوصات والعلاجات؟			
		لا يحدث	نادرًا	غالبًا	دائمًا
		0	1	2	3
E 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تُعرض علي خيارات متعددة (مثل الفحص أو العلاج).
E 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تتم مناقشتي في مميزات وعيوب الخيارات المختلفة المتاحة.
E 03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يسألني/تسألني عن الخيارات التي أفضلها.
E 04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أشارك في اتخاذ القرارات بالقدر الكافي.
F		6. ما مدى رضاك بشكلٍ عام عن هذا الطبيب/ هذه...			
		غير راضٍ تمامًا	غير راضٍ	راضٍ	راضٍ تمامًا
		0	1	2	3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...الطبيبة فيما يخص جودة وكَم المعلومات التي تتلقاها؟

G

غير راضٍ تمامًا	غير راضٍ	راضٍ	راضٍ تمامًا	7. ما مدى رضاك بشكلٍ عامٍ عن هذا الطبيب/ هذه...؟
0	1	2	3	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...الطبيبة فيما يخص مشاركتك في اتخاذ القرارات الطبية؟

H

لم أعرف الطبيب لفترة كافية	لا، ليس لدي ثقة	لدي قدرٌ ضئيل من الثقة	نعم، لدي ثقة كبيرة إلى حدٍ ما	نعم، لدي ثقة كبيرة	8. هل لديك ثقة في هذا...؟
0	1	2	3	4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...الطبيب/ هذه الطبيبة؟

I

منخفضة جدًا	منخفضة	عالية	عالية جدًا	9. ما تقييمك لجودة العلاج الذي تتلقاه من...؟
0	1	2	3	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...هذا الطبيب/ هذه الطبيبة بشكلٍ عامٍ؟

J

غير راضٍ تمامًا	غير راضٍ	راضٍ	راضٍ تمامًا	10. ما مدى رضاك عن هذا...؟
0	1	2	3	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...الطبيب/ هذه الطبيبة بشكلٍ عامٍ؟

K

أسئلةٌ إضافية	
حتى 18 عامًا	0 <input type="checkbox"/>
حتى 30 عامًا	1 <input type="checkbox"/>
حتى 45 عامًا	2 <input type="checkbox"/>
حتى 60 عامًا	3 <input type="checkbox"/>
عامًا أو أكبر 61	4 <input type="checkbox"/>
كم تبلغ من العمر؟	

Patientenzufriedenheit

L	حكومي	g <input type="checkbox"/>	ما نوع التأمين الصحي الذي تشترك به؟
	خاص	p <input type="checkbox"/>	

M	هذه المرة الأولى لي في هذه العيادة	0 <input type="checkbox"/>	منذ متى وأنت تعالج في هذه العيادة؟
	أقل من عامٍ واحد	1 <input type="checkbox"/>	
	من عام إلى عامين	2 <input type="checkbox"/>	
	من 3 أعوام إلى 5	3 <input type="checkbox"/>	
	أكثر من 5 أعوام	4 <input type="checkbox"/>	

شكرًا جزيلاً!