

**SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS ORGANIZUOJAMOS  
HOSPITALIZUOTŲ PACIENTŲ ANONIMINĖS APKLAUSOS  
ANKETA**

Gerbiamas paciente, prašome užpildyti anoniminės apklausos anketą, kurios duomenys bus naudojami vertinant šioje gydymo įstaigoje Jums teikiamas paslaugas.

Tinkamo atsakymo variantą pažymėkite apskritimu. Pvz.:  Taip

1. Ar šios ligoninės medicinos personalas (pvz., gydytojai, bendrosios praktikos slaugytojai (med. seselės), pagalbini personalas) elgiasi etiškai, kultūringai? Ar esate patenkintas(-a) aptarnavimo kultūra?

Taip  Ne

2. Ar Jums suprantamai buvo paaiškintas tyrimo ir gydymo planas?

Taip  Ne

3. Ar Jums teko šioje ligoninėje neoficialiai mokėti („duoti kyšį“):

už tai, kad Jus paguldytų į šią ligoninę?	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
anesteziologui?	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
chirurgui?	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
kitiems gydytojams? (įrašykite) _____	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
bendrosios praktikos slaugytojui (med. seselei)?	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
pagalbiniam personalui?	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
kitais atvejais (įrašykite) _____	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne

4. Ar Jums reikėjo savo lėšomis pirkti gydytojo nurodytus vaistus gydymo šioje ligoninėje metu?

Taip  Ne

(Jeigu atsakėte „Taip“, įrašykite, kokius \_\_\_\_\_  
ir pažymėkite, kur už juos sumokėjote)  Ligoninės kasoje  Vaistinėje

5. Ar Jums reikėjo savo lėšomis papildomai pirkti priemones operacijoms ar tyrimams atlikti gydymo šioje ligoninėje metu?

Taip  Ne

(Jeigu atsakėte „Taip“, įrašykite, kokias \_\_\_\_\_  
ir pažymėkite, kur už jas sumokėjote)  Ligoninės kasoje  Vaistinėje ar kitur

6. Ar šios ligoninės medicinos personalas buvo užsiminęs (leido suprasti), kad reikėtų neoficialiai susimokėti („duoti kyšį“)?

Taip  Ne

Dėkojame!