

Datum:

Vprašalnik za udeležence po kolonoskopiji

V kateri zdravstveni ustanovi ste opravili kolonoskopijo?

Ime in priimek zdravnika, ki je opravil preiskavo:

1. Ali so bila navodila za odvzem vzorcev blata razumljiva in jasna?

(Označite izbrani odgovor s križcem!)

da ne deloma

2. Ali so bila navodila za čiščenje črevesa razumljiva in jasna? (Označite izbrani odgovor s križcem!)

da ne deloma

3. Ali ste bili zadovoljni s pomočjo vašega osebnega zdravnika pri pripravah na kolonoskopijo? (Označite izbrani odgovor s križcem!)

da ne deloma

4. Ali so vam pred kolonoskopijo ustrezno pojasnili postopek preiskave?

(Označite izbrani odgovor s križcem!)

- DA** – pojasnil mi je moj izbrani osebni zdravnik
 DA – pojasnil mi je zdravnik, ki je opravil kolonoskopijo
 SAMO DELOMA mi je preiskavo pojasnil moj izbrani osebni zdravnik
 SAMO DELOMA mi je preiskavo pojasnil zdravnik, ki je opravil kolonoskopijo
 NE – postopka preiskave mi ni nihče ustrezno pojasnil

5. Ali so vam pred kolonoskopijo ustrezno pojasnili, kakšna so tveganja?

(Označite izbrani odgovor s križcem!)

da ne

6. Kakšen se vam zdi osebni odnos zdravnika, ki je opravil kolonoskopijo?

(Ocenite z oceno od 1 do 5, pri čemer je 5 najboljša ocena!)

	1	2	3	4	5
vljudnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spoštljivost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prijaznost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sočutnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. **Kako ocenjujete delo zdravnika, ki je opravil kolonoskopijo?**

(Ocenite z oceno od 1 do 5, pri čemer je 5 najboljša ocena!)

	1	2	3	4	5
temeljiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pazljiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
natančen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strokoven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. **Kakšen se vam zdi osebni odnos medicinskih sester in drugega osebja, ki je skrbelo za vas med kolonoskopijo?** (Ocenite z oceno od 1 do 5, pri čemer je 5 najboljša ocena!)

	1	2	3	4	5
vljudnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spoštljivost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prijaznost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sočutnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

preiskavo je opravil zdravnik sam

9. **Ali vam je zdravnik po opravljeni kolonoskopiji dovolj jasno pojasnil, kako je preiskava potekala, kakšno je vaše zdravstveno stanje in kakšni nadaljnji ukrepi bodo še potrebni?**

(Označite izbrani odgovor s križcem!)

da ne deloma

10. **Kako ocenjujete stopnjo bolečin med kolonoskopijo?** (Označite ustrezen odgovor s križcem!)

brez bolečine blaga bolečina zmerna bolečina
 srednje močna bolečina zelo močna bolečina komaj znosna bolečina
 neznosna bolečina

11. **Kako ocenjujete izkušnjo kolonoskopije?** (Označite izbrani odgovor s križcem!)

zelo negativno negativno nič posebnega pozitivno zelo pozitivno

12. **Ali bi bili pripravljeni preiskavo ponoviti, kadar bo potrebno?** (Označite ustrezen odgovor s križcem!)

da
 da, vendar pri drugem zdravniku Zakaj?

deloma Zakaj?

13. **Ali bi preiskavo priporočili svojcem, prijateljem in znancem?** (Označite izbrani odgovor s križcem!)

da
 da, vendar pri drugem zdravniku Zakaj?

deloma Zakaj?

14. **Ali ste zadovoljni s podporo Klicnega centra Programa Svit?** (Označite izbrani odgovor s križcem!)

da ne deloma

15. **Ali so vam bile v pomoč informacije na spletnih straneh Programa Svit?**

(Označite izbrani odgovor s križcem!)

da ne deloma sploh ne uporabljam spleta