

## АНКЕТА

### по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в амбулаторных условиях

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество работы медицинской организации, в которой Вам оказывают медицинские услуги.

Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы. Выберите один из вариантов на каждый вопрос.

При этом не нужно указывать свое имя, Ваши личные данные нигде не прозвучат.

Ваше мнение нам очень важно и будет учтено в дальнейшей работе.

**1. Когда Вам приходилось последний раз обращаться в медицинскую организацию для получения медицинской помощи?**

- обращался (напишите месяц, год)
- не обращался в данную медицинскую организацию за получением медицинской помощи

**2. Когда Вам потребовалось посещение врача, удалось ли Вам записаться на прием при первом обращении в медицинскую организацию?**

- да
- нет
- не обращался

**3. Сколько дней прошло с момента обращения в медицинскую организацию за получением медицинской помощи у нужного Вам врача до назначенного времени приема у врача?**

- прошло около \_ \_\_\_\_\_ дней
- не обращался

**4. Насколько легко Вам удалось записаться на прием к врачу одним из указанных способов?**

**по телефону:**

- очень легко
- легко
- сложно
- очень сложно
- не удалось записаться
- не пользовался

***личное обращение в регистратуру:***

- очень легко
- легко
- сложно
- очень сложно
- не удалось записаться
- не пользовался

***через "Интернет":***

- очень легко
- легко
- сложно
- очень сложно
- не удалось записаться
- не пользовался

***на прием к нужному мне врачу меня записал лечащий врач:***

- очень легко
- легко
- сложно
- очень сложно
- не удалось записаться
- не пользовался

***5. Сколько времени Вы ожидали приема в очереди?***

- практически не пришлось ожидать в очереди
- да, пришлось ждать приема в очереди около \_\_\_\_\_ минут(ы)
- не помню

***6. Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?***

- полностью удовлетворен
- частично удовлетворен
- скорее не удовлетворен
- полностью не удовлетворен

***7. Если Вам приходилось вызывать участкового врача на дом, то получили ли Вы необходимую помощь и консультацию?***

- да, помощь была оказана на дому вовремя
- да, помощь была оказана позже, чем это требовалось
- нет, пришлось самостоятельно обращаться в медицинскую организацию
- не возникало необходимости вызывать врача на дом

8. *В случае, если после обращения в медицинскую организацию Вы получили направление на плановую госпитализацию, то сколько времени Вам пришлось ожидать плановую госпитализацию?*

- Количество дней ожидания (напишите) \_\_\_\_\_ дней

9. *В случае если после обращения в медицинскую организацию Вам были назначены диагностические исследования, то сколько времени прошло от назначения до прохождения Вами исследований и от прохождения исследований до получения результатов исследования?*

1. Количество дней от назначения до прохождения исследований \_\_\_\_\_ дней
2. Количество дней от прохождения результатов исследований \_\_\_\_\_ дней

10. *Удовлетворены ли Вы приемом у врача? Оцените по 5-балльной шкале, где 1 - крайне плохо, а 5 - отлично*

№	Работа врача и медицинской сестры	1	2	3	4	5
1	Вежливость и внимательность врача	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично
2	Вежливость и внимательность медицинской сестры	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично
3	Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично
4	Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично

11. *Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи?*

- да, полностью
- больше да, чем нет
- больше нет, чем да
- не удовлетворен

12. *Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?*

- да
- нет
- пока не знаю

**13. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации?**

- да, полностью
- больше да, чем нет
- больше нет, чем да
- не удовлетворен

***Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:***

---

---

---

---

*Дата заполнения "" \_\_ 20г.*

**БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В НАШЕМ ОПРОСЕ!**