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?

- Количество дней от назначения до прохождения исследований дней
- 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

N	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 "__" _____ 20__ г.

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ
В НАШЕМ ОПРОСЕ!