**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 к администратору клиники:**

[\_\_] 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. 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

**8. 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 |

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

[\_\_] да, полностью

[\_\_] больше да, чем нет

[\_\_] больше нет, чем да

[\_\_] не удовлетворен

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

[\_\_] да

[\_\_] нет

[\_\_] пока не знаю

**11. 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.