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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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!