**АНКЕТА**

**по анализу удовлетворенности качеством медицинских услуг**

Нам крайне необходимо услышать Ваше мнение.

Просим Вас 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 ГКП «Каргалинской РБ» на ПХВ для**

**получения медицинской помощи?**

а) обращался (напишите месяц, год)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

б) не обращался в клинику за получением медицинской помощи.

**2 Когда Вам потребовалось посещение врача, удалось ли Вам записаться на прием при**

**первом обращении?**

а) да;

б) нет;

в) не обращался.

**3 Сколько дней прошло с момента обращения в ГКП «Каргалинской РБ» на ПХВ за получением**

**медицинской помощи у нужного Вам врача до назначенного времени приема у врача?**

а) прошло около \_\_\_\_\_ дней;

в) не обращался.

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

**способов?**

**по телефону:**

а) легко;

б) сложно;

в) не удалось записаться.

**личное обращение в регистратуру:**

а) легко;

б) сложно;

в) не удалось записаться.

**через интернет:**

а) легко;

б) сложно;

в) не удалось записаться;

г) не пользовался.

**на прием к нужному мне врачу удалось записаться:**

а) легко;

б) сложно;

в) не удалось записаться.

**5 Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема (наличие свободных мест**

**ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?**

а) удовлетворен;

б) не удовлетворен.

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

а) да;

б) нет.

**7.Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном**

**сайте медицинской организации?**

а) да;

б) нет.

**8.Удовлетворены ли Вы приемом у врача? Оцените по 5**-балльной шкале, где 1 -крайне

плохо, а 5 –отлично

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

**9.Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и**

**родственникам?**

а) да;

б) нет.

**10. Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских**

**услуг:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В Н