

АНКЕТА
по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг
в стационарных 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 проходить лечение в стационаре?

- ☐ проходил лечение в режиме стационара круглосуточного пребывания (напишите месяц и год, когда Вы были выписаны из больницы)
- ☐ проходил лечение в режиме дневного стационара (напишите месяц и год, когда Вы были выписаны из медицинской организации)
- ☐ не обращался в медицинскую организацию за получением медицинской помощи

2. Удовлетворены ли Вы продолжительностью, условиями ожидания (наличие доступа к туалету, питьевой воде, чистота и свежесть помещения) и отношением персонала больницы в приемном покое больницы в день госпитализации?

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

3. 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

4. Сколько времени Вы ожидали госпитализации в приемном отделении?

- ☐ практически не пришлось ожидать
- ☐ да, пришлось ждать госпитализации в приемном отделении _____ минут (ы)

5. Если Вам во время данного пребывания в медицинской организации проводились процедуры, требующие обезболивания, то оцените действия врачей и медицинских сестер при их выполнении?

- ☐ отлично
- ☐ крайне плохо
- ☐ хорошо
- ☐ плохо
- ☐ удовлетворительно

6. Удовлетворены ли Вы отношением врачей и медицинских сестер во время пребывания в медицинской организации? Оцените по 5-балльной шкале

№	Работа врача и медицинской сестры	1 (крайне плохо)	2 (плохо)	3 (удовл.)	4 (хоро шо)	5 (отлич но)
1	Вежливость и внимательность врача					
2	Вежливость и внимательность медицинской сестры					
3	Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения					
4	Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения					

7. Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?

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

8. Во время данного пребывания в больнице как часто возле Вашей палаты соблюдалась тишина в ночное время?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> всегда | <input type="checkbox"/> иногда |
| <input type="checkbox"/> как правило | <input type="checkbox"/> никогда |

9. Удовлетворены ли Вы качеством уборки помещений, освещением комнат, температурным режимом?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> полностью удовлетворен | <input type="checkbox"/> скорее не удовлетворен |
| <input type="checkbox"/> частично удовлетворен | <input type="checkbox"/> полностью не удовлетворен |

10. Если во время пребывания в медицинской организации Вам требовалась помощь медсестер или другого персонала больницы по уходу, то оцените действия персонала?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> отлично | <input type="checkbox"/> крайне плохо |
| <input type="checkbox"/> хорошо | <input type="checkbox"/> плохо |
| <input type="checkbox"/> удовлетворительно | |

11. Возникала ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость приобретать лекарственные средства, необходимые для лечения, за свой счет?

- ☐ да, в качестве лучшей альтернативы лечения бесплатными лекарствами
- ☐ да, так как нужных лекарств не было в наличии
- ☐ нет, нужные лекарства предоставлялись бесплатно
- ☐ не возникало необходимости приема лекарственных средств

12. Возникала ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость оплачивать дополнительные диагностические исследования за свой счет?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
|-----------------------------|------------------------------|

13. Приходилось ли Вам благодарить (деньгами, подарками и т.п.) врачей?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
|-----------------------------|------------------------------|

14. Кто был инициатором благодарения?

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Я сам(а) | <input type="checkbox"/> врач | <input type="checkbox"/> подсказали |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|

15. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> да, полностью | <input type="checkbox"/> больше нет, чем да |
| <input type="checkbox"/> больше да, чем нет | <input type="checkbox"/> не удовлетворен |

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

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> пока не знаю |
|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------------|

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> да, полностью | <input type="checkbox"/> больше нет, чем да |
| <input type="checkbox"/> больше да, чем нет | <input type="checkbox"/> не удовлетворен |

Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых Вами предложений, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:

Дата заполнения « _____ » _____ 20 ____ г.

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