

## АНКЕТА

### По анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в стационарных условиях.

Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на вопросы. При этом не нужно указывать свое имя. Ваше мнение нам очень важно и будет учтено в дальнейшей работе.

#### 1. КОГДА ВАМ ПРИХОДИЛОСЬ ПОСЛЕДНИЙ РАЗ ПРОХОДИТЬ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ?

- в круглосуточном (напишите месяц, год и отделение №1, отделение №2, паллиативное отделение)
- в дневном
- ранее не обращался

#### 2. УДОВЛЕТВОРЕННЫ ЛИ ВЫ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ, УСЛОВИЯМИ ОЖИДАНИЯ (НАЛИЧИЕ ДОСТУПА К ТУАЛЕТУ, ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, ЧИСТОТА И СВЕЖЕСТЬ ПОМЕЩЕНИЯ) И ОТНОШЕНИЕМ ПЕРСОНАЛА БОЛЬНИЦЫ В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ В ДЕНЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ?

- полностью удовлетворен
- частично удовлетворен
- не удовлетворен

#### 3. УДОВЛЕТВОРЕННЫ ЛИ ВЫ ОТНОШЕНИЕМ ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ВО ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В МЕД. ОРГАНИЗАЦИИ?

- вежливость и внимательность врача (хорошо, отлично)
- вежливость и внимательность мед. сестер (хорошо, отлично)
- объяснение врачом назначений (хорошо, отлично)
- неудовлетворительно (врач)
- неудовлетворительно (мед. сестра)

#### 4. УДОВЛЕТВОРЕННЫ ЛИ ВЫ ПИТАНИЕМ ВО ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ?

- полностью
- частично
- не удовлетворен

#### 5. ВО ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ КАК ЧАСТО СОБЛЮДАЛАСЬ ТИШИНА В НОЧНОЕ ВРЕМЯ?

- всегда
- иногда
- никогда

#### 6. УДОВЛЕТВОРЕННЫ ВЫ КАЧЕСТВОМ УБОРКИ ПОМЕЩЕНИЙ?

- да
- частично
- не удовлетворен

#### 7. ВОЗНИКЛА ЛИ У ВАС НЕОБХОДИМОСТЬ ПРИОБРЕТАТЬ ЛЕКАРСТВА ЗА СВОЙ СЧЕТ?

- да, в качестве лучшей альтернативы лечения бесплатными средствами
- да, так как нужных лекарств не было в наличии
- нет

#### 8. ВОЗНИКЛА ЛИ У ВАС ВО ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ОПЛАЧИВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗА СВОЙ СЧЕТ?

- да
- нет

#### 9. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ БЛАГОДАРИТЬ (ДЕНЬГАМИ, ПОДАРКАМИ) ВРАЧЕЙ?

- да
- нет

#### 10. КТО БЫЛ ИНИЦИАТОРОМ БЛАГОДАРЕНИЯ?

- я сам
- врач
- подсказали

#### 11. УДОВЛЕТВОРЕННЫ ЛИ ВЫ УСЛОВИЯМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

- да
- нет
- частично

**12. РЕКОМЕНДОВАЛИ БЫ ВЫ ДАННУЮ МЕД ОРГАНИЗАЦИЮ ДРУЗЬЯМ, РОДСТВЕННИКАМ?**

- Да
- нет
- пока не знаю

**13. УДОВЛЕТВОРЕННЫ ЛИ ВЫ КАЧЕСТВОМ И ПОЛНОТОЙ ИНФОРМАЦИИ, ДОСТУПНОЙ НА ОФИЦИАЛЬНОМ САЙТЕ МЕД ОРГАНИЗАЦИИ?**

- да
- нет
- не смотрел сайт

**ВАШИ ПРЕДЛОЖЕНИЯ, ПОЖЕЛАНИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:**