Приложение №3
к приказу ГБУЗ РТ «Реснаркодиспансер»
№ 233 от « 19 » 11 2019г.

АНКЕТА

анализа удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в стационарных условиях

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество работы медицинской организации, в которой Вам оказывают медицинскую помощь. 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 нужно будет учтено в дальнейшей работе.

	Возраст:	**Ваш социальный статус:**
○ Мужской	○ до 30 лет	○ Безработный
○ Женский	○ от 31 до 59 лет	○ Неработающий пенсионер
	○ от 60 и старше	○ Служащий
		○ Рабочий
		○ Студент, учащийся
		○ Другое

1. Когда Вам приходилось последний раз проходить лечение в стационаре?

А) ***проходил лечение в режиме стационара круглосуточного пребывания*** *(напишите месяц и год, когда Вы были выписаны из больницы)* _____

Б) ***проходил лечение в режиме дневного стационара*** *(напишите месяц и год, когда Вы были выписаны из медицинской организации)* _____

В) ***ранее 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?

А) ***удовлетворен***

Б) ***не удовлетворен*** *(указать замечания)* _____

В) ***не было возможности оценить***

3. Сколько времени вы находились в приемном покое при поступлении?

А) ***до 30 мин***

Б) ***более 30 мин***

В) ***более 1 часа*** *(указать замечания)* _____

4. Удовлетворены ли Вы отношением врачей и медицинских сестер, младшего медицинского персонала во время пребывания в медицинской организации?

		Удовлетворен	Не удовлетворен	Благодарность, замечания
А.	Вежливость и внимательность врача			
Б.	Вежливость и внимательность медицинской сестры			
В.	Вежливость и внимательность младшего медицинского персонала			
Г.	Объяснение врачом и медицинской сестрой назначенных и проведенных исследований, лечения (ясность, доступность)			

5. Удовлетворены ли вы питанием во время пребывания в медицинской организации (по объему, по качеству, по ассортименту)?

А) ***удовлетворен***

Б) ***частично удовлетворен*** *(указать)*_____

В) ***не удовлетворен*** *(указать замечания)* _____

6. Удовлетворены ли вы качеством уборки помещений, освещением комнат, температурным режимом?

А) ***удовлетворен***

Б) ***частично удовлетворен*** *(указать замечания)* _____

В) ***не удовлетворен*** *(указать замечания)* _____

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

А) ***удовлетворительно***

Б) ***не удовлетворительно*** *(указать замечания)* _____

В) не возникало необходимости

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

А) ***да, в качестве лучшей альтернативы лечения бесплатными лекарствами***

Б) ***да, так как нужных лекарств не было в наличии*** *(указать лекарства)* _____

В) ***нет, нужные лекарства предоставлялись бесплатно***

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

А) ***да*** *(какие исследования)* _____

Б) ***нет***

10. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи, при выписке?

А) ***да***

Б) ***нет*** *(указать замечания)* _____

В) ***пока не знаю***

11. Рекомендовали ли Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям, родственникам?

А) ***да***

Б) ***нет*** *(указать замечания)* _____

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

А) ***да***

Б) ***нет*** *(какие замечания)* _____

В) ***не смотрел***

13. Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Дата заполнения «____» _____20___г.

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В НАШЕМ ОПРОСЕ!