**АНКЕТА**

**по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг скорой медицинской помощи**

1. Наименование лечебно-профилактического учреждения:

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

2. Когда Вам приходилось последний раз обращаться за получением скорой медицинской помощи (день, месяц, год)?

□□ дд. □□ мм. □□□□ гггг.

3. Вы являетесь жителем сельской местности (куда осуществлялся вызов)?

□ да

□ нет

□ не обращался

4. Как часто Вы обращаетесь за получением скорой медицинской помощи?

□ очень часто

□ часто

□ редко

□ очень редко

□ не обращался

5. Всегда ли Ваши обращения за получением скорой медицинской помощи связаны с внезапными острыми заболеваниями, состояниями, обострениями хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни?

□ да

□ нет

□ не всегда

6. Сколько времени прошло с момента обращения за получением скорой медицинской помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи?

□ до 20 минут

□ до 35 минут

□ более 35 минут

7. Насколько легко Вам удалось дозвониться по телефону до диспетчерской службы скорой медицинской помощи «03»?

□ очень легко

□ легко

□ сложно

□ очень сложно

□ не удалось

□ не использовался

8. Получили ли Вы необходимую скорую медицинскую помощь в соответствии с поводом Вашего обращения?

□ да

□ нет

**Удовлетворены ли Вы качеством работы медицинского персонала скорой медицинской помощи? (работа врача и фельдшера скорой медицинской помощи)**

9. Вежливость и внимательность врача, фельдшера скорой медицинской помощи:

□ крайне плохо

□ плохо

□ удовлетворительно

□ хорошо

□ отлично

10. Объяснение медицинским персоналом проводимых вмешательств и назначенных лекарственных средств?

□ крайне плохо

□ плохо

□ удовлетворительно

□ хорошо

□ отлично

11. Отмечено ли Вами улучшение состояния после оказания скорой медицинской помощи?

□ улучшение

□ ухудшение

□ без изменений

12. Удовлетворены ли Вы в целом получением услуг скорой медицинской помощи?

□ крайне плохо

□ плохо

□ удовлетворительно

□ хорошо

□ отлично

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. Дата заполнения анкеты (день, месяц, год):

□□ дд. □□ мм. □□□□ гггг.