**АНКЕТА**

**по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в стационарных условиях**

1. Наименование лечебно-профилактического учреждения:

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

**Когда Вам приходилось последний раз проходить лечение в стационаре?**

2. Проходил лечение в режиме стационара круглосуточного пребывания (день, месяц, год):

□□ дд. □□ мм. □□□□ гггг.

3. Проходил лечение в режиме дневного стационара. Дата, когда Вы были выписаны из медицинской организации (день, месяц, год):

□□ дд. □□ мм. □□□□ гггг.

4. 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

□ частично удовлетворен

□ скорее не удовлетворен

□ полностью не удовлетворен

5. Время ожидания в приемном отделении:

□ до 30 минут

□ более 30 минут

6. Срок ожидания плановой госпитализации по направлению врача поликлиники:

□ до 7 дней

□ до 30 дней

□ более 30 дней

**Удовлетворены ли Вы отношением врачей и медицинских сестер во время пребывания в медицинской организации?**

7. Вежливость и внимательность врача:

□ крайне плохо

□ плохо

□ удовлетворительно

□ хорошо

□ отлично

8. Вежливость и внимательность медицинской сестры:

□ крайне плохо

□ плохо

□ удовлетворительно

□ хорошо

□ отлично

9. Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения:

□ крайне плохо

□ плохо

□ удовлетворительно

□ хорошо

□ отлично

10. Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения:

□ крайне плохо

□ плохо

□ удовлетворительно

□ хорошо

□ отлично

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

□ полностью удовлетворен

□ частично удовлетворен

□ скорее не удовлетворен

□ полностью не удовлетворен

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

□ всегда

□ как правило

□ иногда

□ никогда

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

□ полностью удовлетворен

□ частично удовлетворен

□ скорее не удовлетворен

□ полностью не удовлетворен

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

□ отлично

□ хорошо

□ удовлетворительно

□ крайне плохо

□ плохо

15. 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

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

□ да

□ нет

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

□ да

□ нет

18. Кто был инициатором благодарения?

□ я сам (а)

□ врач

□ подсказали

19. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи?

□ да, полностью

□ больше да, чем нет

□ больше нет, чем да

□ не удовлетворен

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

□ да

□ нет

□ пока не знаю

21. 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

□□ дд. □□ мм. □□□□ гггг.