

АНКЕТА

по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в Центре здоровья

1. Когда Вам приходилось последний раз обращаться в Центр здоровья?

дата мес. год.

2. Насколько легко Вам удалось записаться на прием по телефону?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> легко | <input type="checkbox"/> не удалось записаться |
| <input type="checkbox"/> сложно | <input type="checkbox"/> не пользовался |
| <input type="checkbox"/> очень сложно | |

3. Насколько легко Вам удалось записаться на прием при личном обращении в регистратуру?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> легко | <input type="checkbox"/> не удалось записаться |
| <input type="checkbox"/> сложно | <input type="checkbox"/> не пользовался |
| <input type="checkbox"/> очень сложно | |

4. Срок ожидания приема в Центр здоровья с момента записи?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> в тот же день | <input type="checkbox"/> в другой выбранный день |
|--|--|

5. Сколько времени Вы ожидали приема в очереди?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> не более 10 минут | <input type="checkbox"/> более 20 минут |
| <input type="checkbox"/> не более 20 минут | |

6. Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?

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

Удовлетворены ли Вы приемом у врача?

7. Вежливость и внимательность врача:

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

8. Объяснение врачом проведенных исследований и полнота консультирования:

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

9. 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 |

10. Перед посещением врача Вы заходили на официальный Сайт медицинской организации?

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

11. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном Сайте медицинской организации?

да

нет

12. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещении медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)

да

нет

13. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации в помещении медицинской организации (расписание приема врачей, список страховых медицинских компаний с которыми работает мед. организация и др.)

да

нет

14. Рекомендовали бы Вы посещение Центра здоровья Вашим друзьям и родственникам?

да

нет

пока не знаю

15. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в Центр здоровья и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях после посещения?

да

нет

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

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

□□ дата □□ мес. □□□□ год

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