**АНКЕТА**

по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в стационарных условиях

ГКУЗ МО «Королевского детского психоневрологического санатория»

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество работы медицинской организации, в которой Вам оказывают медицинские услуги.

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 будет учтено в дальнейшей работе.

 ***1. Когда Вам приходилось последний раз проходить лечение в санатории?***

 ┌─┐ проходил лечение в режиме стационара круглосуточного пребывания

 └─┘ (напишите месяц и год, когда Вы были выписаны из санатория)

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

 ┌─┐ 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 санатория в день госпитализации?***

 ┌─┐ полностью удовлетворен

 └─┘

 ┌─┐ частично удовлетворен

 └─┘

 ┌─┐ скорее не удовлетворен

 └─┘

 ┌─┐ полностью не удовлетворен

 └─┘

 ***3. Удовлетворены ли Вы отношением врачей и медицинских сестер во время пребывания в медицинской организации? Оцените по 5-балльной шкале, где 1 -крайне плохо, а 5 - отлично.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N | Работа врача и медицинской сестры | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Вежливость и внимательность врача | крайне плохо | плохо | удовлетворительно | хорошо | отлично |
| 2 | Вежливость и внимательность медицинской сестры | крайне плохо | плохо | удовлетворительно | хорошо | отлично |
| 3 | Объяснение врачом назначенного лечения | крайне плохо | плохо | удовлетворительно | хорошо | отлично |

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

 ┌─┐ полностью удовлетворен

 └─┘

 ┌─┐ частично удовлетворен

 └─┘

 ┌─┐ скорее не удовлетворен

 └─┘

 ┌─┐ полностью не удовлетворен

 └─┘

 ***5. Во время данного пребывания в санатории как часто соблюдался режим сна и прогулок?***

 ┌─┐ всегда

 └─┘

 ┌─┐ как правило

 └─┘

 ┌─┐ иногда

 └─┘

 ┌─┐ никогда

 └─┘

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

 ┌─┐ полностью удовлетворен

 └─┘

 ┌─┐ частично удовлетворен

 └─┘

 ┌─┐ скорее не удовлетворен

 └─┘

 ┌─┐ полностью не удовлетворен

 └─┘

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

 ┌─┐ отлично

 └─┘

 ┌─┐ хорошо

 └─┘

 ┌─┐ удовлетворительно

 └─┘

 ┌─┐ крайне плохо

 └─┘

 ┌─┐ плохо

 └─┘

 ***8. 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

 └─┘

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

 ┌─┐ да

 └─┘

 ┌─┐ нет

 └─┘

 ***10. Кто был инициатором благодарения?***

 ┌─┐ я сам(а)

 └─┘

 ┌─┐ врач

 └─┘

 ┌─┐ подсказали

 └─┘

 ***11. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи?***

 ┌─┐ да, полностью

 └─┘

 ┌─┐ больше да, чем нет

 └─┘

 ┌─┐ больше нет, чем да

 └─┘

 ┌─┐ не удовлетворен

 └─┘

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

 ┌─┐ да

 └─┘

 ┌─┐ нет

 └─┘

 ┌─┐ пока не знаю

 └─┘

 ***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. Информация о результатах проведенного анкетирования является***

***открытой.***

 ***15. Результаты проведенного анкетирования используются руководителем***

***медицинской организации в целях совершенствования качества медицинской***

***помощи, оказываемой гражданам, и совершенствования организационных***

***технологий оказания медицинской помощи.***

 Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых

медицинских услуг:

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

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

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

Дата заполнения "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ

В НАШЕМ ОПРОСЕ!