**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!