|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3  к приказу министерства  здравоохранения Тульской области  от\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Анкета по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в стационарных условиях

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 стационаре?

┌─┐ проходил лечение в режиме стационара круглосуточного ┌─┐ проходил лечение в режиме дневного стацио-

│ │ пребывания (напишите месяц и год, когда │ │ нара (напишите месяц и год, когда Вы были

└─┘ Вы были выписаны из больницы) └─┘ выписаны из медицинской организации )

┌─┐

│ │ 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 больницы в приемном покое больницы в день госпитализации?

┌─┐

│ │ полностью

└─┘ удовлетворен

┌─┐

│ │ частично

└─┘ удовлетворен

┌─┐

│ │скорее не

└─┘ удовлетворен

┌─┐

│ │ полностью не

└─┘удовлетворен

Укажите, пожалуйста время ожидания в приемном отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐срок ожида-

│ │ ния менее └─┘30 мин.

┌─┐срок ожида-

│ │ ния от 30 до

└─┘45 мин.

┌─┐срок ожида-

│ │ ния от 45

└─┘мин. до 1 ч.

┌─┐срок ожида-

│ │ ния от 1 ч.

└─┘до 1,5 часов

┌─┐срок ожида-

│ │ния от 1,5ч.

└─┘ до 2 часов

┌─┐срок ожида-

│ │ния более

└─┘ 2 часов.

3. Если Вам во время данного пребывания в медицинской организации проводились процедуры, требующие обезболивания, то оцените действия врачей и медицинских сестер при их выполнении?

┌─┐

│ │ отлично

└─┘

┌─┐

│ │ хорошо

└─┘

┌─┐

│ │ удовлетво

└─┘рительно

┌─┐

│ │ плохо

└─┘

┌─┐

│ │ крайне

└─┘ плохо

┌─┐

│ │ не требо-

└─┘ валось

4. 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 | Ваша оценка |
| 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 назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения | крайне плохо | плохо | удовлетворительно | хорошо | отлично |  |
| 4 | Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения | крайне плохо | плохо | удовлетворительно | хорошо | отлично |  |

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

┌─┐

│ │ полностью

└─┘ удовлетворен

┌─┐

│ │ частично

└─┘ удовлетворен

┌─┐

│ │ скорее не

└─┘ удовлетворен

┌─┐

│ │ полностью не

└─┘ удовлетворен

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

┌─┐

│ │ всегда

└─┘

┌─┐

│ │ как правило

└─┘

┌─┐

│ │ иногда

└─┘

┌─┐

│ │ никогда

└─┘

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

┌─┐

│ │ полностью

└─┘ удовлетворен

┌─┐

│ │ частично

└─┘ удовлетворен

┌─┐

│ │ скорее не

└─┘ удовлетворен

┌─┐

│ │ полностью не

└─┘ удовлетворен

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

┌─┐

│ │ отлично

└─┘

┌─┐

│ │ хорошо

└─┘

┌─┐

│ │ удовлетвори-

└─┘тельно

┌─┐

│ │ плохо

└─┘

┌─┐

│ │ крайне плохо

└─┘

9. 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

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

┌─┐

│ │ да

└─┘

┌─┐

│ │ нет

└─┘

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

┌─┐

│ │ да

└─┘

┌─┐

│ │ нет

└─┘

12. Кто был инициатором благодарения?

┌─┐

│ │ я сам (а)

└─┘

┌─┐

│ │ врач

└─┘

┌─┐

│ │ подсказали

└─┘

13. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи?

┌─┐

│ │ да,

└─┘ полностью

┌─┐

│ │ больше да, чем

└─┘ нет

┌─┐

│ │ больше нет, чем

└─┘ да

┌─┐

│ │ не удовлетворен

└─┘

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

┌─┐

│ │ Да

└─┘

┌─┐

│ │ нет

└─┘

┌─┐

│ │ пока не знаю

└─┘

15. Считаете ли Вы информирование о работе данной медицинской организации (сайт, стенды), порядке предоставления медицинских услуг достаточным?

┌─┐

│ │ да, полностью

└─┘

┌─┐

│ │ больше да, чем нет

└─┘

┌─┐

│ │ больше нет, чем да

└─┘

16. 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

└─┘

Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:

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

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

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

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

Дата заполнения "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Благодарим вас за участие в нашем опросе!