**Анкета для пациентов**

Здравствуйте! Мы проводим опрос с целью повышения качества медицинских услуг. Нам очень важно знать Ваше мнение! Потратьте, пожалуйста, несколько минут своего времени на заполнение следующей анкеты. Отметьте выбранный вариант удобным для Вас способом. Спасибо!

**Укажите, пожалуйста, Ваш пол? Укажите Ваш возраст?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Мужской  | Женский  |  | До 30 лет | 31-40 лет | 41- 50 лет | 51-60 лет | Старше 60  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Оцените работу регистратуры, где 3 - высшая оценка , 1- низшая оценка**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вопрос/Утверждение | 1  | 2 | 3 | Комментарий |
|  | Распределение потока пациентов |  |  |  |  |
|  | Обеспечение работы всех окон в периоды наибольшей нагрузки |  |  |  |  |
|  | Взаимодействие с другими структурными подразделениями  |  |  |  |  |
|  | Возможность подачи жалобы / выражение благодарности / внесение предложений  |  |  |  |  |
|  | Наличие обратной связи  |  |  |  |  |
|  | Качество и полнота информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации |  |  |  |  |
|  | Общая атмосфера в регистратуре  |  |  |  |  |
|  | Компетентность регистраторов  |  |  |  |  |
|  | Вежливость и внимательность регистраторов  |  |  |  |  |
|  | Внешний вид регистраторов (опрятность / аккуратность)  |  |  |  |  |
|  | Скорость оказания консультаций регистраторами лично / по телефону |  |  |  |  |
|  | Скорость оформления документов (справок, направлений, рецептов и т.д.)  |  |  |  |  |
|  | Ваша удовлетворенность работой регистратуры |  |  |  |  |
|  | Был ли решен Ваш вопрос |  |  |  |  |

1. **Оцените работу иных служб поликлиники, где 3 - высшая оценка , 1- низшая оценка**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вопрос/Утверждение | 1 | 2 | 3 | Комментарий |
|  | Уровень комфортности пребывания в данном медицинском учреждении |  |  |  |  |
|  | Уровень внимательности и вежливости к Вам медицинского персонала |  |  |  |  |

1. **Качество оказанной Вам медицинской помощи, где 3 - высшая оценка , 1- низшая оценка**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вопрос/Утверждение | 1 | 2 | 3 | Комментарий |
|  | Вежливость и внимательность медицинской сестры |  |  |  |  |
|  | Вежливость и внимательность врача |  |  |  |  |
|  | Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения |  |  |  |  |
|  | Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения |  |  |  |  |

1. **Данный раздел просим заполнить, если были случаи недопонимания с медицинскими работниками в нашей поликлинике.**
	1. **С какими категориями медицинских работников у Вас происходили недопонимания? (можно отметить несколько вариантов)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| С представителями администрации поликлиники |  | С врачами |  |
| С медицинскими сестрами |  | С отделением профилактики |  |
| С работниками регистратуры |  | Со всеми в равной степени |  |

* 1. **Что стало основной причиной возникновения недопонимания? (можно отметить несколько вариантов)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Вопрос/Утверждение |  | Комментарий |
|  | Отсутствие возможности попасть на прием к врачу |  |  |
|  | Из-за отсутствия в лечебном учреждении необходимого диагностического или лечебного оборудования |  |  |
|  | Из-за необходимости проводить долгое время в очередях в ожидании приема врача  |  |  |
|  | Нарушение медицинской этики |  |  |
|  | Из-за низкого качества оказания медицинской помощи |  |  |
|  | Принятие врачом решений без моего согласия |  |  |
|  | Из-за невнимательного отношения врача к Вам  |  |  |
|  | Нежелание назначать ряд диагностических и/или лечебных процедур |  |  |
|  | Отказ сообщать информацию о состоянии моего здоровья, заболевании или методах лечения |  |  |
|  | Ошибка медицинских работников  |  |  |
|  | Из-за личных качеств медицинского персонала (грубость, хамство и т.д.)  |  |  |
|  | Другое (укажите) |  |  |

* 1. **Вам была оказана требуемая помощь в разрешении конфликта?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Да** | **Нет** | **Частично** |
|  |  |  |

* 1. **К кому Вы обращались при возникновении данной конфликтной ситуации?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| К представителям администрации поликлиники |  | К принимающему Вас врачу |  |
| К медицинским сестрам |  | Звонили на «Горячую линию» |  |
| К специалисту-конфликтологу (третьей стороне)С работниками регистратуры |  | Правоохранительные органы |  |
| Министерство здравоохранения |  | Заведующему поликлиникой |  |

* 1. **Результативно** **оказалось ваше обращение при возникновении конфликтной ситуации?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Да** | **Нет** | **Частично** |
|  |  |  |

1. **Замечания, пожелания, предложения.**

**Какие изменения Вы внесли бы в работу поликлиники, если бы были Главным врачом?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**БОЛЬШОЕ СПАСИБО ЗА ТО, ЧТО НАШЛИ ВРЕМЯ ПОМОЧЬ НАМ СТАТЬ ЛУЧШЕ!**