*Приложение 2*

*к приказу от 31.10.2018г. № 36/1*

ООО Стоматологическая клиника

«Ваш доктор»

**АНКЕТА  
по анализу удовлетворенности качеством  
предоставления медицинских услуг  
в ООО СК «Ваш доктор»**

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. ***Укажите, пожалуйста, источник информации, благодаря которому Вы стали пациентом клиники «Ваш доктор»***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | мои знакомые рекомендовали врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | мои знакомые рекомендовали клинику |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | направление страховой компании |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Интернет |
|  |  | Сайт клиники |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Другие источники (указать по возможности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***2. Когда Вам приходилось последний раз обращаться в ООО СК «Ваш доктор» для получения медицинской помощи?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | обращался (напишите месяц, год) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | не обращался в данную медицинскую организацию за получением медицинской помощи |

***3. Когда Вам потребовалось посещение врача, удалось ли Вам записаться на прием при первом обращении в клинику?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | да |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | нет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | не обращался |

***4. Сколько дней прошло с момента обращения в клинику за получением медицинской помощи у нужного Вам врача до назначенного времени приема у врача?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | прошло около \_\_\_\_\_\_ дней |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | не обращался |

***5. Насколько легко Вам удалось записаться на прием к врачу одним из указанных способов?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | по телефону: очень легко, легко, сложно, очень сложно, не удалось записаться, не пользовался |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | личное обращение в регистратуру: очень легко, легко, сложно, очень сложно, не удалось записаться, не пользовался |
|  |  | На прием к нужному мне врачу меня записал лечащий врач: очень легко, легко, сложно, очень сложно, не удалось записаться, не пользовался |

***6. Удовлетворены ли Вы работой регистратуры?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | да |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | нет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | затрудняюсь ответить |

***7. Если Вы не удовлетворены работой регистратуры, то укажите, по какой причине:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | сотрудник регистратуры был недоброжелателен и груб |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | сотрудник регистратуры не ответил на Ваши вопросы |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | не дал исчерпывающей информации |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Прочее \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | полностью удовлетворен |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | частично удовлетворен |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | скорее не удовлетворен |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | полностью не удовлетворен |

***9. Удовлетворены ли Вы приемом у врача? Оцените по 5-балльной шкале, где 1 – крайне плохо, а 5 – отлично***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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 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 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | да, полностью |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | больше да, чем нет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | больше нет, чем да |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | не удовлетворен |

***11. Были ли Вам разъяснены в медицинской организации Ваши права и обязанности при получении медицинской помощи?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | да |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | нет |

***12. Было ли Вам предложено выбрать врача для оказания медицинской помощи?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | да |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | нет |

***13. Привлекались ли по Вашей инициативе в клинике для оказания Вам медицинской помощи консультанты?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | да |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | нет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | мне было отказано в проведении таких консультаций |

***14. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информирования Вас по вопросам получения медицинской помощи в клинике?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | да, полностью |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | больше да, чем нет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | больше нет, чем да |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | не удовлетворен |

***15. Вы удовлетворены результатами оказания медицинской помощи?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | да |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | нет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | затрудняюсь ответить |

***16. Перед посещением врача Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | нет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | да |

***17. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и о порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | нет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | да |

***18. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | нет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | да |

***19. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и о порядке предоставления медицинских услуг, размещенной в помещениях медицинской организации?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | нет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | да |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | нет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Да |
|  |  | пока не знаю |

***Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Дата заполнения* | *“* |  | *”* |  | *20* |  | *г.* |

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