|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Анкета №2 (стационар)ГАУЗ «Камский детский медицинский центр»Отдел качества медицинской помощи*Уважаемый респондент!* *С целью изучения Вашего мнения о качестве предоставляемых медицинских услуг и условиях их предоставления, убедительно просим Вас ответить на следующие вопросы.**Дата заполнения анкеты* ***1.****В каком отделении Вы находитесь?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *о* ***№*** *палаты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****2.*** *Время ожидания при оформлении на госпитализацию в приемномотделении?*о до 30 минуто 30-60 минуто 1-1,5 часао 1,5-2 часао более 2 часов **3*.****Удовлетворены ли Вы условиями ожидания ( доступ к туалету, наличие скамеек) и отношением персонала в приемном покое больницы в день госпитализации:* о полностью удовлетворен (а) о частично удовлетворен (а) о не удовлетворен (а)**4.** *Вы поступили в стационар:*о в плановом порядке (с направлением от врача поликлиники) о самостоятельно (самообращение)о в экстренном порядке (на скорой помощи)*5. Удовлетворены ли Вы отношением медицинского персона во время пребывания в стационаре!*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вежливость и внимательность врача |  да |  нет |
| Вежливость и внимательность медсестры (акушерки) |  да |  нет |
| Объяснения врачом назначенных и проведенных исследований, и назначенного лечениялечения, рекомендаций при выписке |  да |  нет |

*5. Уборка палат:*о ежедневная, качественная о нерегулярная, некачественная6. Во время данного пребывания в стационаре как часто возле Вашей палаты соблюдалась тишина в ночное время?о всегдао иногдао никогда7. Если Вам проводили обезболивание после операции:о боль уменьшиласьо боль не уменьшиласьо боль уменьшилась незначительно  |  Анкета №2 (стационар)ГАУЗ «Камский детский медицинский центр»Отдел качества медицинской помощи*Уважаемый респондент!* *С целью изучения Вашего мнения о качестве предоставляемых медицинских услуг и условиях их предоставления, убедительно просим Вас ответить на следующие вопросы.**Дата заполнения анкеты* ***1.****В каком отделении Вы находитесь?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *о* ***№*** *палаты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****2.*** *Время ожидания при оформлении на госпитализацию в приемномотделении?*о до 30 минуто 30-60 минуто 1-1,5 часао 1,5-2 часао более 2 часов **3*.****Удовлетворены ли Вы условиями ожидания ( доступ к туалету, наличие скамеек) и отношением персонала в приемном покое больницы в день госпитализации:* о полностью удовлетворен (а) о частично удовлетворен (а) о не удовлетворен (а)**4.** *Вы поступили в стационар:*о в плановом порядке (с направлением от врача поликлиники) о самостоятельно (самообращение)о в экстренном порядке (на скорой помощи)*5. Удовлетворены ли Вы отношением медицинского персона во время пребывания в стационаре!*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вежливость и внимательность врача |  да |  нет |
| Вежливость и внимательность медсестры (акушерки) |  да |  нет |
| Объяснения врачом назначенных и проведенных исследований, и назначенного лечениялечения, рекомендаций при выписке |  да |  нет |

*5. Уборка палат:*о ежедневная, качественная о нерегулярная, некачественная6. Во время данного пребывания в стационаре как часто возле Вашей палаты соблюдалась тишина в ночное время?о всегдао иногдао никогда7. Если Вам проводили обезболивание после операции:о боль уменьшиласьо боль не уменьшиласьо боль уменьшилась незначительно  |
| 8. *Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в стационаре медицинского учреждения ?*о удовлетворительноео не удовлетворительное (что не понравилось?)  9. *Приходилось ли Вам в стационаре приобретать за свой счет назначенныелечащим врачом отделения лекарственные средства и расходные материалы?*о да, в качестве лучшей альтернативы лечения бесплатными лекарствами(перечислите) о да, так как нужных лекарств не было в наличии( перечислите)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о нет10. *Приходилось ли Вам оплачивать медицинские услуги, находясь на лечении**(если да, то какую услугу)?*о да, в кассу ЛПУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о да, врачу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о да, медсестре (акушерке)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о нет, никому не платил(а)11. *Удовлетворены ли Вы условиями, проводимым обследованием и лечением в период данной госпитализации?** полностью удовлетворен(а)
* частично удовлетворен(а)
* не удовлетворен(а)

12. *Ваши замечания, предложения и пожелания:*\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО (полностью) Ваш возраст: о до 18 о 19-30 о 31-40 о 41-50 о 51и болееПодпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Благодарим за сотрудничество!*  | 8. *Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в стационаре медицинского учреждения ?*о удовлетворительноео не удовлетворительное (что не понравилось?)  9. *Приходилось ли Вам в стационаре приобретать за свой счет назначенныелечащим врачом отделения лекарственные средства и расходные материалы?*о да, в качестве лучшей альтернативы лечения бесплатными лекарствами(перечислите) о да, так как нужных лекарств не было в наличии( перечислите)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о нет 10. *Приходилось ли Вам оплачивать медицинские услуги, находясь на лечении**(если да, то какую услугу)?*о да, в кассу ЛПУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о да, врачу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о да, медсестре (акушерке)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о нет, никому не платил(а)11. *Удовлетворены ли Вы условиями, проводимым обследованием и лечением в период данной госпитализации?** полностью удовлетворен(а)
* частично удовлетворен(а)
* не удовлетворен(а)

12. *Ваши замечания, предложения и пожелания:*\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО (полностью) Ваш возраст: о до 18 о 19-30 о 31-40 о 41-50 о 51и болееПодпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Благодарим за сотрудничество!* |