|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 приемном отделении?*  о до 30 минут  о 30-60 минут  о 1-1,5 часа  о 1,5-2 часа  о 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 лечения  лечения, рекомендаций при выписке | да | нет |   *5. Уборка палат:*  о ежедневная, качественная  о нерегулярная, некачественная  6. Во время данного пребывания в стационаре как часто возле Вашей палаты соблюдалась тишина в ночное время?  о всегда  о иногда  о никогда  7. Если Вам проводили обезболивание после операции:  о боль уменьшилась  о боль не уменьшилась  о 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 приемном отделении?*  о до 30 минут  о 30-60 минут  о 1-1,5 часа  о 1,5-2 часа  о 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 лечения  лечения, рекомендаций при выписке | да | нет |   *5. Уборка палат:*  о ежедневная, качественная  о нерегулярная, некачественная  6. Во время данного пребывания в стационаре как часто возле Вашей палаты соблюдалась тишина в ночное время?  о всегда  о иногда  о никогда  7. Если Вам проводили обезболивание после операции:  о боль уменьшилась  о боль не уменьшилась  о боль уменьшилась незначительно |
| 8. *Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в стационаре медицинского учреждения ?*  о удовлетворительное  о не удовлетворительное (что не понравилось?)    9. *Приходилось ли Вам в стационаре приобретать за свой счет назначенные лечащим 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 более  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Благодарим за сотрудничество!* | 8. *Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в стационаре медицинского учреждения ?*  о удовлетворительное  о не удовлетворительное (что не понравилось?)    9. *Приходилось ли Вам в стационаре приобретать за свой счет назначенные лечащим 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 более  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Благодарим за сотрудничество!* |