|  |  |
| --- | --- |
| Анкета №3(детская поликлиника)  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.*  *Отметьте «галочкой» вариант ответа, совпадающий с вашим мнением. .Или напишите свой вариант. Ваши ответы будут сохранены в тайне и использованы в обобщенном виде для повышения эффективности работы медицинской организации.*  *Дата заполнения анкеты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *2 Время ожидания приема к врачу*  о до 30 минут  о 1- 1.5 часа  о более 2 часов  *3. Возникали у Вас трудности при записи ребенка к участковому врачу?*  о Да о Нет  4. *Возникали у Вас трудности при вызове врача на дом для ребенка?*  о Да о Нет о Не вызывал(а)  *5.Возникали у Вас трудности с записью на прием к врачам-специалистам в данной поликлинике? Если да, то к каким?(подчеркнуть):*  о да, возникали ЛОР ОКУЛИСТ УРОЛОГ  о не возникали НЕВРОЛОГ ХИРУРГ КАРДИОЛОГ  о не обращался(ась) РЕВМАТОЛОГ ЭНДОКРИНОЛОГ | Анкета №3(детская поликлиника)  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.*  *Отметьте «галочкой» вариант ответа, совпадающий с вашим мнением. .Или напишите свой вариант. Ваши ответы будут сохранены в тайне и использованы в обобщенном виде для повышения эффективности работы медицинской организации.*  *Дата заполнения анкеты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *2 Время ожидания приема к врачу*  о до 30 минут  о 1- 1.5 часа  о более 2 часов  *3. Возникали у Вас трудности при записи ребенка к участковому врачу?*  о Да о Нет  4. *Возникали у Вас трудности при вызове врача на дом для ребенка?*  о Да о Нет о Не вызывал(а)  *5.Возникали у Вас трудности с записью на прием к врачам-специалистам в данной поликлинике? Если да, то к каким?(подчеркнуть):*  о да, возникали ЛОР ОКУЛИСТ УРОЛОГ  о не возникали НЕВРОЛОГ ХИРУРГ КАРДИОЛОГ  о не обращался(ась) РЕВМАТОЛОГ ЭНДОКРИНОЛОГ |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. *Наличие скамеек , стульев для ожидания очереди к врачу:*  о Достаточно о Не достаточно  7*.Работа физиотерапевтического отделения: о* Удовлетворительно  о Не удовлетворительно  8. *Работа регистратуры:* о Удовлетворительно о Не удовлетворительно  9*. Работа кабинета УЗИ,ЭКГ* о Удовлетворительно о Не удовлетворительно  10*. Санитарное состояние поликлиники*: о Удовлетворительно  о Не удовлетворительно  11. *Удовлетворены ли Вы организацией работы в данной поликлинике?(*наличие больших  Очередей к врачам, недоступность врачей-специалистов, лабораторных и инструментальных  исследований и т.д.)  о Удовлетворен (а) о Частично удовлетворен (а) о Не удовлетворен(а)  12. *Удовлетворены ли Вы результатами медицинской помощи, оказанной Вам и ребенку в данной поликлинике?:*  *о* полностью удовлетворен(а)   * частично удовлетворен(а) * не удовлетворен(а)   13 *.Отметьте основные причины неудовлетворенности качеством медицинской помощи, оказанной Вашему ребенку (*возможны несколько вариантов ответов):  о Недоброжелательность и невнимательность медицинского персонала  о Проблемы в организации работы регистратуры  о Очереди на прием к врачу  о Очереди и трудности с прохождением исследований  о Отсутствие необходимого врача-специалиста  о Не удовлетворяет график работы амбулаторно-поликлинической службы  о Необходимость тратить личные денежные средства на оплату обследований  о Низкий уровень материально-технической оснащенности поликлиники    14. *Ваши замечания, предложения и пожелания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО (полностью)  Ваш возраст : о до 18 о 19-30 о 31-40 о 41-50 о 51и больше  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Благодарим за сотрудничество!* | 6. *Наличие скамеек , стульев для ожидания очереди к врачу:*  о Достаточно о Не достаточно  7*.Работа физиотерапевтического отделения: о* Удовлетворительно  о Не удовлетворительно  8. *Работа регистратуры:* о Удовлетворительно о Не удовлетворительно  9*. Работа кабинета УЗИ,ЭКГ* о Удовлетворительно о Не удовлетворительно  10*. Санитарное состояние поликлиники*: о Удовлетворительно  о Не удовлетворительно  11. *Удовлетворены ли Вы организацией работы в данной поликлинике?(*наличие больших  Очередей к врачам, недоступность врачей-специалистов, лабораторных и инструментальных  исследований и т.д.)  о Удовлетворен (а) о Частично удовлетворен (а) о Не удовлетворен(а)  12. *Удовлетворены ли Вы результатами медицинской помощи, оказанной Вам и ребенку в данной поликлинике?:*  *о* полностью удовлетворен(а)   * частично удовлетворен(а) * не удовлетворен(а)   13 *.Отметьте основные причины неудовлетворенности качеством медицинской помощи, оказанной Вашему ребенку (*возможны несколько вариантов ответов):  о Недоброжелательность и невнимательность медицинского персонала  о Проблемы в организации работы регистратуры  о Очереди на прием к врачу  о Очереди и трудности с прохождением исследований  о Отсутствие необходимого врача-специалиста  о Не удовлетворяет график работы амбулаторно-поликлинической службы  о Необходимость тратить личные денежные средства на оплату обследований  о Низкий уровень материально-технической оснащенности поликлиники    14. *Ваши замечания, предложения и пожелания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО (полностью)  Ваш возраст : о до 18 о 19-30 о 31-40 о 41-50 о 51и больше  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Благодарим за сотрудничество!* |