|  |  |
| --- | --- |
|  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 Нет4. *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 КАРДИОЛОГо 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 Нет4. *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 КАРДИОЛОГо не обращался(ась) РЕВМАТОЛОГ ЭНДОКРИНОЛОГ  |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. *Наличие скамеек , стульев для ожидания очереди к врачу:* о Достаточно о Не достаточно7*.Работа физиотерапевтического отделения: о* Удовлетворительно о Не удовлетворительно8. *Работа регистратуры:* о Удовлетворительно о Не удовлетворительно9*. Работа кабинета УЗИ,ЭКГ* о Удовлетворительно о Не удовлетворительно10*. Санитарное состояние поликлиники*: о Удовлетворительно о Не удовлетворительно11. *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 большеПодпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Благодарим за сотрудничество!*  | 6. *Наличие скамеек , стульев для ожидания очереди к врачу:* о Достаточно о Не достаточно7*.Работа физиотерапевтического отделения: о* Удовлетворительно о Не удовлетворительно8. *Работа регистратуры:* о Удовлетворительно о Не удовлетворительно9*. Работа кабинета УЗИ,ЭКГ* о Удовлетворительно о Не удовлетворительно10*. Санитарное состояние поликлиники*: о Удовлетворительно о Не удовлетворительно11. *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 большеПодпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Благодарим за сотрудничество!* |