**Анкета**

**по анализу удовлетворенности качеством предоставления**

**медицинских услуг в ООО «Нефро Диал»**

|  |
| --- |
| **1. Когда Вам приходилось последний раз обращаться в ООО «Нефро Диал» для получения медицинской помощи?** |
| обращался (напишите месяц, год) |  |
| не обращался в данную медицинскую организацию за получением медицинской помощи |  |
| **2. Когда Вам потребовалось посещение врача, удалось ли Вам записаться на прием при первом обращении в медицинскую организацию?** |
| да |  |
| нет |  |
| не обращался |  |
| **3. Сколько дней прошло с момента обращения в медицинскую организацию за получением медицинской помощи у нужного Вам врача до назначенного времени приема у врача?** |
| прошло около….дней |  |
| не обращался |  |
| **4. 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 |  |
| через интернет: |  |
| очень легко |  |
| легко |  |
| сложно |  |
| очень сложно |  |
| не удалось записаться |  |
| не пользовался |  |
| **5. Удовлетворены ли Вы работой регистратуры?** |
| да |  |
| нет |  |
| затрудняюсь ответить |  |
| **6. Сколько времени Вы ожидали приема в очереди?** |
| практически не пришлось ожидать в очереди |  |
| да, пришлось ждать приема в очереди около… минут |  |
| не помню |  |
| **7. 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 |  |
| **8. Удовлетворены ли Вы приемом у врача?** Оцените по 5-балльной шкале, где 1 - крайне плохо, а 5- отлично |
| Работа врача  |  |
| Вежливость и внимательность врача |  |
| Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения |  |
| Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения:  |  |
| **9. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи?** |
| Да/нет |  |
| **10. Были ли Вам разъяснены в медицинской организации Ваши права и обязанности при получении медицинской помощи?** |
| Да/нет |  |
| **11. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информирования Вас по вопросам получения медицинской помощи в медицинской организации?** |
| да, полностью |  |
| больше да, чем нет |  |
| больше нет, чем да |  |
| не удовлетворен |  |
| **12. Перед посещением врача Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?** |
| Да/нет |  |
| **13. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещённой в помещениях ООО «Нефро Диал» (стенды, инфоматы и др.)?** |
| Да/нет |  |
| **14. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?** |
| Да/нет |  |
| **15. Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:** |
|  |

**Благодарим вас за участие в нашем опросе!**