

АНКЕТА

анонімного опитування пацієнта щодо задоволеності якістю медичної допомоги

1.	Чи задоволені Ви якістю надання медичної допомоги в КНП «ЦПМСД №1» СМР?	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
2.	Чи досягнута мета Вашого візиту до сімейного лікаря?	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
3.	Чи отримали Ви всю необхідну інформацію в реєстратурі?	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
	Якщо «ні», вкажіть причину: - велика черга до реєстратури; - медичний реєстратор ставиться до пацієнтів недоброзичливо;	- інше:	
4.	Чи ознайомлені Ви з правилами та обов'язками пацієнта, правилами перебування в медичній установі?	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
	Якщо «ні», вкажіть причину: - немає наочної інформації; - відмова медперсоналу в наданні інформації;	- інше:	
5.	Чи задоволені Ви умовами перебування в КНП «ЦПМСД №1» СМР?	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
	Якщо «ні», вкажіть причину: - неналежний санітарний стан амбулаторії; - неналежні побутові умови для пацієнтів; - медична допомога недоступна для маломобільних пацієнтів;	- інше:	
6.	Чи задовольняє Вас ставлення медичного персоналу:		
	а) особистого лікаря	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
	б) медичних сестер	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
	в) молодшого медичного персоналу	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
	Якщо «ні», вкажіть причину: - медпрацівники неухважні, до пацієнтів ставляться недоброзичливо; - не надають інформацію щодо порядку приймання лікарем, проведення діагностичних процедур; - несвоєчасно обслуговують пацієнтів пільгових категорій;	- інше:	
7.	Чи достатньо Вам у закладі наявної наочної інформації?	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
	Якщо «ні», вкажіть якої інформації бракує: - про основне захворювання; - щодо профілактики різних захворювань;	- інше:	
8.	Ваші пропозиції щодо поліпшення роботи КНП «ЦПМСД №1» СМР: _____ _____		

Дякуємо за Ваші відповіді! Анкета є добровільною. За бажанням можна вказати структурний підрозділ, ПІБ медичного працівника та залишити свої контактні дані. Отримані під час обробки анкет відомості використовуватимуться суто задля вдосконалення нашої діяльності.

Додатково анкету можна завантажити на сайті центру <https://sc1.pmsd.net.ua/> (розділ «Пацієнту»), а свої відповіді надіслати на електронну адресу: centr3sumy@ukr.net.