АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями

в **стационарных** условиях

Начало формы

Конец формы

1. Госпитализация была:

экстренная плановая

2. Вы были госпитализированы?

за счет ОМС, бюджет

за счет ДМС

на платной основе

3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

Нет Да

4. Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

Нет Да

5. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?

Нет Да

6. В каком режиме стационара Вы проходили лечение?

дневного стационара круглосуточного пребывания

7. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

Да Нет

8. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?

Да Нет

9. Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?

Да Нет

10. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?

Да Нет

11. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

Да Нет

12. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?

Нет Да

13. Оставить отзыв

Имя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail/Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сообщение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_