**Анкета обратной связи с медицинской организацией**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | ФИО **(не обязательно)** | ФИО: |
| 2 | Контактный ТЕЛЕФОН **(не обязательно)** | ТЕЛ.: |

Медицинская организация **(наименование) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Дата заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Возраст | 1 |  |
| 2 | Пол | 1 | мужской |
| 2 | женский |
| 3 | Насколько Вы согласны с утверждением , что сейчас Вы можете записаться к врачу в удобное для Вас время? | 1 | Абсолютно не согласен |
| 2 | По больше части не согласен |
| 3 | Скорее не согласен |
| 4 | Скорее согласен |
| 5 | По большей части согласен |
| 6 | Абсолютно согласен |
| 4 | Насколько Вы удовлетворены временем ожидания медицинской услуги с момента возникновения потребности в медицинской помощи до момента ее получения? | 1 | Абсолютно не согласен |
| 2 | По больше части не согласен |
| 3 | Скорее не согласен |
| 4 | Скорее согласен |
| 5 | По большей части согласен |
| 6 | Абсолютно согласен |
| 5 | Насколько Вы удовлетворены отношением к Вам со стороны медицинских работников (врачи, медицинские сестры, регистраторы)? | 1 | Абсолютно не согласен |
| 2 | По больше части не согласен |
| 3 | Скорее не согласен |
| 4 | Скорее согласен |
| 5 | По большей части согласен |
| 6 | Абсолютно согласен |
| 6 | Удовлетворены ли Вы тем, как врач объяснял Вам , зачем назначено то или иное лечение, лекарственный препарат, диагностическая процедура? | 1 | Абсолютно не согласен |
| 2 | По больше части не согласен |
| 3 | Скорее не согласен |
| 4 | Скорее согласен |
| 5 | По большей части согласен |
| 6 | Абсолютно согласен |
| 7 | Ваши предложения: | | |

*Благодарим за обратную связь!*