**Анкета первого уровня (по дневному стационару)**

Медицинская организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

Здравствуйте!

*АО СМК «Сахамедстрах» изучает мнение населения о качестве и доступности медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования и просит Вас принять в нем участие. Это займет у Вас не более 3 минут. Любое Ваше мнение очень важно для нас. Все данные, полученные в результате этого исследования, будут использованы только в обобщенном виде.*

*Обратите, пожалуйста, внимание на порядок заполнения анкеты. Вопросы содержат возможные варианты ответа. Выберите из них тот, который наиболее соответствует Вашему мнению. Отметьте его, обведя кружочком стоящую рядом цифру.*

**1. Насколько Вы удовлетворены качеством бесплатной медицинской помощи, получаемой в дневном стационаре?**

1. Удовлетворен(а)

2. Скорее удовлетворен(а), чем не удовлетворен(а)

3. Скорее не удовлетворен(а), чем удовлетворен(а)

4. Не удовлетворен(а)

99. Затрудняюсь ответить

**2. Оцените уровень Вашей удовлетворенности следующими характеристиками работы дневного стационара:** (один ответ по каждой строке)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Удовлет-ворен(а) | Скорее удовлетворен(а), чем нет | Скорее не удовлетворен(а), чем удовлетв | Не удовлет-ворен(а) | Затруд-няюсь ответить |
| 1 | Техническим состоянием, ремонтом помещений, площадью помещений | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2 | Комфортностью мест пребывания пациентов | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 3 | Комплексом предоставляемых медицинских услуг | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 4 | Оснащенностью современным медицинским оборудованием | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 5 | Обеспеченностью медикаментами и расходными материалами | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 6 | Работой вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет и т.д.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 7 | Работой лечащего врача | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

**3. Приходилось ли Вам лично (для себя) за последние 3 месяца обращаться к услугам скорой медицинской помощи?**

1. Да

2. Нет **к вопросу 5**

**4. Насколько Вы удовлетворены качеством оказанной Вам скорой медицинской помощи?**

1. Удовлетворен(а)

2. Скорее удовлетворен(а), чем не удовлетворен(а)

3. Скорее не удовлетворен(а), чем удовлетворен(а)

4. Не удовлетворен(а)

99.Затрудняюсь ответить

***Пожалуйста укажите некоторые сведения о себе:***

**5. ИМЯ РЕСПОНДЕНТА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**6. ВАШ ПОЛ: \***1) мужской 2) женский

**7. ВАШ ВОЗРАСТ:\***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет

**8. ВАШ КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. Согласие на обработку персональных данных (подпись)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(при заполнении пунктов 5-8)

***Благодарим Вас за участие в опросе!***

***Ф.И.О. интервьюера****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

***Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 *\*обязательные поля для заполнения*