**АНКЕТА**

**ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**В МО ДВО РАН**

1. ***Как часто вы обращаетесь в поликлинику?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1-2 раза в год | 2-4 раза в год | более 4-х раз в год |
|  |  |  |

1. ***Устраивают ли вас варианты записи на прием к врачу?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| колл-центр | госуслуги | личное обращение в регистратуру |
|  |  |  |

1. ***С какими сроками ожидания записи на прием к врачу или на диагностические услуги вы сталкиваетесь?***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| в день обращения | до 7-ми дней | до 14 дней | другое |
|  |  |  |  |

1. ***К какому специалисту наиболее сложно попасть на прием?***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| терапевт | узкие специалисты | диагностика (УЗИ, ФГДС); | другое |
|  |  |  |  |

1. ***Приходится ли вам обращаться в платные клиники?***

***Если приходится, то выберите причину.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| из-за длительности сроков ожидания приема врача | из-за доступности записи на прием | отсутствие нужных специалистов (уточните каких) | отсутствие необходимых видов диагностики (уточните каких) |
|  |  |  |  |

1. ***Как вы можете отозваться о работе стационара?***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| о работе персонала | об условиях пребывания | обеспеченности препаратами | другое |
|  |  |  |  |

1. ***Есть ли у вас претензии к качеству медицинской помощи и отношению медицинского персонала?***

|  |  |
| --- | --- |
| Нет | Да (можете уточнить конкретно) |
|  |  |

1. ***Ваши предложения по улучшению, изменению деятельности*** М***едицинского объединения ДВО РАН***

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |