

АНКЕТА
по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг
скорой медицинской помощи

1. Наименование лечебно-профилактического учреждения (структурного подразделения): _____

2. Когда Вам приходилось последний раз обращаться за получением скорой медицинской помощи (день, месяц, год)?

дд. мм. гтгг.

3. Вы являетесь жителем сельской местности (куда осуществлялся вызов)?

да
 нет

не обращался

4. Как часто Вы обращаетесь за получением скорой медицинской помощи?

очень часто
 часто
 редко

очень редко
 не обращался

5. Всегда ли Ваши обращения за получением скорой медицинской помощи связаны с внезапными острыми заболеваниями, состояниями, обострениями хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни?

да
 нет

не всегда

6. Сколько времени прошло с момента обращения за получением скорой медицинской помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи?

до 20 минут
 до 35 минут

более 35 минут

7. Насколько легко Вам удалось дозвониться по телефону до диспетчерской службы скорой медицинской помощи «03»?

очень легко
 легко
 сложно

очень сложно
 не удалось
 не использовался

8. Получили ли Вы необходимую скорую медицинскую помощь в соответствии с поводом Вашего обращения?

да

нет

Удовлетворены ли Вы качеством работы медицинского персонала скорой медицинской помощи? (работа врача и фельдшера скорой медицинской помощи)

9. Вежливость и внимательность врача, фельдшера скорой медицинской помощи:

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> крайне плохо | <input type="checkbox"/> хорошо |
| <input type="checkbox"/> плохо | <input type="checkbox"/> отлично |
| <input type="checkbox"/> удовлетворительно | |

10. Объяснение медицинским персоналом проводимых вмешательств и назначенных лекарственных средств?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> крайне плохо | <input type="checkbox"/> хорошо |
| <input type="checkbox"/> плохо | <input type="checkbox"/> отлично |
| <input type="checkbox"/> удовлетворительно | |

11. Отмечено ли Вами улучшение состояния после оказания скорой медицинской помощи?

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> улучшение | <input type="checkbox"/> без изменений |
| <input type="checkbox"/> ухудшение | |

12. Удовлетворены ли Вы в целом получением услуг скорой медицинской помощи?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> крайне плохо | <input type="checkbox"/> хорошо |
| <input type="checkbox"/> плохо | <input type="checkbox"/> отлично |
| <input type="checkbox"/> удовлетворительно | |

13. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> да, полностью | <input type="checkbox"/> больше нет, чем да |
| <input type="checkbox"/> больше да, чем нет | <input type="checkbox"/> не удовлетворен |

14. Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:

15. Дата заполнения анкеты (день, месяц, год):

дд. мм. гггг.