|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Приложение № 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | к Приказу № 83 от 09.01. 2017 г. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Рязанский областной клинический госпиталь для ветеранов войн» (ГБУ РО РОКГВВ)** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Месяц, год текущий** | | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **1. Причина, по которой Вы обратились в медицинскую организацию?** | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | | | | | | | |
|  | заболевание | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | травма |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | диспансеризация | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | профосмотр (по направлению работодателя) | | | | |  |  | | |  |  |
|  | получение справки (для бассейна, для водительского удостоверения и т.д.) | | | | | | |  |
|  | закрытие листка нетрудоспособности | | | |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **2. Ваше обслуживание в медицинской организации?** | | | | | |  |  | | |  |  |
|  | за счет ОМС | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | за счет ДМС | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | на платной основе | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?** | | | | | | | |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **4. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?** | | | | | | |  | | |  |  |
|  | I группа |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | II группа |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | III группа | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **5.Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?** | | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта | | | | | | | | |  |  |
|  | отсутствие пандусов, поручней | | | |  |  |  | | |  |  |
|  | отсутствие электрических подъемников | | | | |  |  | | |  |  |
|  | отсутствие специальных лифтов | | | |  |  |  | | |  |  |
|  | отсутствие голосовых сигналов | | | |  |  |  | | |  |  |
|  | отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов | | | | | | | | |  |  |
|  | отсутствие информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля | | | | | | | | |  |  |
|  | отсутствие специально оборудованного туалета | | | | |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **4. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача)?** | | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **5. Вы записались на прием к врачу?** | | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | по телефону | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | с использованием сети Интернет | | | |  |  |  | | |  |  |
|  | в регистратуре лично | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | лечащим врачом на приеме при посещении | | | | |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **6. Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием** | | | | | | | |
|  | 10 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | 9 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | 8 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | 7 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | 5 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | меньше 5 дней | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **7. Врач Вас принял во время, установленное по записи?** | | | | | | |  | | |  |  |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **8. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?** | | | | | | | |  |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет. Что не удовлетворяет? | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | отсутствие свободных мест ожидания | | | |  |  |  | | |  |  |
|  | состояние гардероба | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | состояние туалета | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | отсутствие питьевой воды | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | санитарные условия | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **9. Перед посещением врача Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?** | | | | | | | |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **10. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?** | | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **11. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?** | | | | | | | |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **12. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?** | | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **11. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра) (ФИО, график работы, N кабинета и др.)?** | | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **12. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру)?** | | | | | | | | | |  |  |
|  | раз в месяц | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | раз в квартал | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | раз в полугодие | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | раз в год |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | не обращаюсь | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **13. Вы удовлетворены обслуживанием у участкового терапевта (педиатра) (доброжелательность, вежливость) ?** | | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **14. Удовлетворены ли Вы компетентностью участкового врача (педиатра) ?** | | | | | | | |  |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья | | | | | |  | | |  |  |
|  | Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации | | | | | | | | |  |  |
|  | Вам не дали выписку | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | Вам не выписали рецепт | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **15. Как часто Вы обращаетесь к узким специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог и др.)?** | | | | | | | |
|  | раз в месяц | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | раз в квартал | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | раз в полугодие | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | раз в год |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | не обращаюсь | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **16. Вы удовлетворены обслуживанием у узких специалистов (доброжелательность, вежливость)?** | | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **17. Удовлетворены ли вы компетентностью узких специалистов?** | | | | | | | | | |  |  |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья | | | | | |  | | |  |  |
|  | Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации | | | | | | | | |  |  |
|  | Вам не дали выписку | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | Вам не выписали рецепт | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **18. Срок ожидания диагностического исследования (диагностические инструментальные и лабораторные исследования) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?** | | | | | | | |
|  | 10 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | 9 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | 8 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | 7 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | 5 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | меньше 5 дней | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **19. Срок ожидания диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?** | | | | | | | |
|  | 30 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | 29 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | 28 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | 27 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | 15 дней |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | меньше 15 дней | |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **20. Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?** | | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **21. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?** | | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **22. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?** | | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| **23. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?** | | | | | | | |
|  | нет |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | \* да |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | Кто был инициатором благодарения? | | | |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | я сам(а) |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | персонал медицинской организации | | | |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | Форма благодарения: | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | письменная благодарность (в журнале, на сайте) | | | | |  |  | | |  |  |
|  | цветы |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | подарки |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | услуги |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  | деньги |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Приложение № 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | к Приказу № 83 от 09.01.2017 г. |
| **Анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях**  **Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Рязанский областной клинический госпиталь для ветеранов войн» (ГБУ РО РОКГВВ)** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Месяц, год текущий** | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1. Госпитализация была:** | | | | | | |
|  | плановая |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | экстренная | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Вы были госпитализированы:** | | | | | | |
|  | за счет ОМС | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за счет ДМС | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | на платной основе | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?** | | | | | | |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \*да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?** | | | | | | |
|  | I группа |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | II группа |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | III группа | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?** | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта | | | | | | |  |  |
|  | отсутствие пандусов, поручней | | | |  |  |  |  |  |
|  | отсутствие электрических подъемников | | | |  |  |  |  |  |
|  | отсутствие специальных лифтов | | | |  |  |  |  |  |
|  | отсутствие голосовых сигналов | | | |  |  |  |  |  |
|  | отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов | | | | | | | |  |
|  | отсутствие информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля | | | | | | |  |  |
|  | отсутствие специального оборудованного туалета | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4. Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?** | | | | | | |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?** | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?** | | | | | | |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?** | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6. В каком режиме стационара Вы проходили лечение?** | | | | | | |  |  |  |
|  | круглосуточного пребывания | | |  |  |  |  |  |  |
|  | дневного стационара | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?** | | | | | | | |  |  |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Что не удовлетворяет? | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | отсутствие свободных мест ожидания | | | |  |  |  |  |  |
|  | состояние гардероба | | |  |  |  |  |  |  |
|  | состояние туалета | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | отсутствие питьевой воды | | |  |  |  |  |  |  |
|  | санитарные условия | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?** | | | | | | |  |  |  |
|  | до 120 мин. | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | до 75 мин. | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | до 60 мин. | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | до 45 мин. | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | до 30 мин. | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)?** | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?** | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11. Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?** | | | | | | |
|  | 30 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 29 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 28 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 27 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 15 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | меньше 15 дней | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12. Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?** | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13. Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?** | | | | | | |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Необходимость: | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | для уточнения диагноза | | |  |  |  |  |  |  |
|  | с целью сокращения срока лечения | | | |  |  |  |  |  |
|  | приобретение расходных материалов | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?** | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья | | | | | |  |  |  |
|  | Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации | | | | | | |  |  |
|  | Вам не дали выписку | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15. Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?** | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?** | | | | | | | | |  |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Что не удовлетворяет?** | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | уборка помещений | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | освещение, температурный режим | | | |  |  |  |  |  |
|  | медицинской организации требуется ремонт | | | | |  |  |  |  |
|  | в медицинской организации старая мебель | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации?** | | | | | | | | |  |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?** | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?** | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?** | | | | | | |
|  | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?** | | | | | | |
|  | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Кто был инициатором благодарения?** | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | я сам(а) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | персонал медицинской организации | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Форма благодарения:** | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | письменная благодарность (в журнале, на сайте) | | | | |  |  |  |  |
|  | цветы |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | подарки |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | услуги |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | деньги |  |  |  |  |  |  |  |  |