ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 №\_\_\_\_\_\_\_\_

**Анкета оцінки якості надання медичних послуг в КНП «КОЛ КОР»**

Шановний пацієнт! Для нас дуже важливо дізнатися саме Вашу оцінку якості надання медичних послуг в нашому закладі! Ваші відповіді допоможуть оцінити та покращити роботу наших фахівців таким чином, аби вона відповідала Вашим вимогам та потребам!

|  |  |
| --- | --- |
|  1. | Вкажіть відділення в якому Ви знаходитесь/лись та діяльність якого відділення ви оцінюєте (можливо декілька відповідей): |
|  2. | Чи ознайомлені Ви з правилами та обов’язками пацієнта/відвідувача лікарні, правилами перебування в медичній установі? | Так □ Ні □ |
| Якщо «ні», вкажіть причину (не був повідомлений, не зрозумілі для сприйняття правила, інше):  |
|  3. | Чи відомо Вам по якому договору з Національною службою здоров’я України (НСЗУ) надаються (безоплатно для пацієнта) медичні послуги в лікарні та відділенні в якому Ви перебували/ваєте на лікуванні? | Так □ Ні □ |
| 4 | Чи достатньо для Вас зовнішньої інформації про роботу лікарні та перелік медичних послуг, які надаються в лікарні? | Так □ Ні □ |
| Якщо «ні», вкажіть якої інформації вам бракує під час перебування у лікарні: відсутні вказівники відділень, інформації щодо профілактики захворювань, графік роботи/прийому, перелік послуг та інше: |
|  5. | Чи відомий Вам перелік платних послуг, що надаються лікарнею  | Так □Ні □ |
|  6. | Чи задоволені Ви якістю надання Вам в лікарні медичних послуг  | Так □Ні □ |
| Якщо «ні», вкажіть причину:  |
|  7. | Чи отримали Ви під час перебування в лікарні всю інформацію щодо Вашого стану здоров’я, діагнозу, планів обстеження та лікування, перелік лікарських засобів та їх дозування, методик та способів лікування? | Так □ Ні □ |
| Якщо «ні», вкажіть причину або зауваження : |
| 8 | Чи була у Вас можливість вибору лікаря під час госпіталізації? | Так □Ні □ |
| 9 | Чи представився/лась Вам, повідомивши про себе (зазначивши своє прізвище та ім’я, посада та таке інше) при першому знайомстві ?  |
| а) лікар | Так □ Ні □ |
|  | б) медична сестра, яка здійснює догляд в палаті, надає ліки, робить медичні маніпуляції (забор крові, перев’язки та таке інше)  | Так □Ні □ |
| Якщо «ні», зазначте про особу або персонал відділення (можливо декілька відповідей):  |
| 10 | Чи здійснює/вав лікар Ваш щоденний медичний огляд під час лікування? | Так □Ні □ |
| 11. | Чи задоволенні Ви відношенням до Вас з боку працівників лікарні під час перебування на лікуванні у закладі? |
|  | а) роботою лікуючого лікаря | Так □Ні □ |
|  | б) роботою медичних сестер відділення де ви перебували | Так □Ні □ |
| в) роботою молодшого медичного персоналу відділення де ви перебували | Так □Ні □ |
| Якщо «ні», вкажіть причину: медпрацівники неуважні, грубе та недоброзичливе ставлення до пацієнтів, не надають інформації щодо порядку та методів лікування, відсутня інформація про прийом лікаря, не своєчасне обслуговування пацієнтів в тому числі пільгових категорій, інше:  |
| 10. | Чи задоволені Ви умовами госпіталізації та перебування в лікарні? | Так □Ні □ |
| Якщо «ні», вкажіть причину: (витрачено багато часу (більше 30ти хвилин), неналежний санітарні або побутові умови, недбале ставлення медичного персоналу (лікарі, медичні сестри, санітарки), обмеженість доступу до медичних послуг для пацієнтів з обмеженою руховою активністю, інше:  |
| 11. | Чи отримували Ви під час перебування на лікуванні, пропозиції/натяки від працівників лікарні, щодо оплати/компенсації вартості наданих медичних послуг та проведених оперативних втручань | Так □Ні □ |
| 12. | Чи порекомендуєте Ви наш заклад іншим особам, для отримання медичних послуг та проходження лікування | Так □ Ні □ |
| 13. | Ваші пропозиції та зауваження щодо покращення роботи лікарні:  |

Ваша думка дуже важлива для нас! Дякуємо за Ваш відгук!

Отримані при обробці даних анкет відомості, будуть використані для вдосконалення нашої роботи.

Анкета є добровільною та анонімною

За власним бажанням Ви можете залиште свої контактні дані:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_р.