

## Уделите нам несколько минут своего времени?

Уважаемые пациенты,

Ваша удовлетворенность услугами, предоставляемыми нашей клиникой / врачебной практикой очень важна для нас.

Мы с интересом хотели бы узнать Ваше мнение о нашей клинике / врачебной практике. Ваши оценки, пожелания и идеи помогут нам оптимизировать наши услуги и работу практики.

Опрос проводится на анонимной и добровольной основе. Установить взаимосвязь между анкетой и конкретным пациентом невозможно.

При возникновении каких-либо вопросов обратитесь, пожалуйста, к нам. Огромное спасибо!

Ваша команда сотрудников врачебной практики

**Принимая участие в опросе, пожалуйста, соблюдайте следующие правила:**

- ▶ Отвечайте на все заданные вопросы, не пропуская ни одного.
- ▶ Выбирайте лишь один ответ на каждый вопрос, который наиболее соответствует Вашей ситуации.
- ▶ Если Вы заполняете анкету во время посещения клиники / врачебной практики пожалуйста, опустите заполненную анкету в специально предназначенный для этого ящик.
- ▶ Если Вы заполняете анкету у себя дома, пожалуйста, пришлите ее на адрес клиники / врачебной практики почтовым отправлением.

		очень удовлет- ворен(а)	скорее удовлет- ворен(а)	скорее не удовлет- ворен(а)	совсем не удовлет- ворен(а)
		3	2	1	0
A	<b>1. Насколько Вы удовлетворены...</b>				
A 01	...сроком, в течение которого можно попасть на прием к рачу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 02	...длительностью ожидания при посещении клиники / врачебной практики?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 03	...приветливостью персонала клиники / врачебной практики?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 04	...общей атмосферой в клинике / во врачебной практике?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<b>2. Насколько Вы <u>в целом</u> удовлетворены этим врачом в отношении...</b>				
B 01	...предоставления информации о причинах Вашего заболевания?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 02	...предоставления информации о течении Вашего заболевания?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 03	...предоставления информации о планируемой терапии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 04	...предоставления информации о действии назначаемых медикаментов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 05	...предоставления информации о том, как Вы сами можете способствовать своему выздоровлению (напр., советов о посещении групп самопомощи, рекомендаций в отношении питания)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 06	...ясности предоставляемой информации?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 07	...учета побочных эффектов при назначении тех или иных медикаментов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 08	...принятия во внимание всех возможных форм лечения (напр. посредством медикаментов, лечебной гимнастики)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C	<b>3. Насколько Вы <u>в целом</u> удовлетворены этим врачом в отношении...</b>	<b>очень удовлет- ворен(а)</b>	<b>скорее удовлет- ворен(а)</b>	<b>скорее не удовлет- ворен(а)</b>	<b>совсем не удовлет- ворен(а)</b>
		3	2	1	0
C 01	...его / ее понимания Ваших проблем?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 02	...его / ее способности к состраданию?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 03	...его / ее человечности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 04	...времени, которое он / она Вам уделяет?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 05	...его / ее серьезного отношения к Вам?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 06	...его / ее отзывчивости и моральной поддержки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 07	...его / ее терпеливости?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 08	...обращения с Вами как с человеком, а не номером в списке?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<b>4. Насколько Вы <u>в целом</u> удовлетворены этим врачом в отношении...</b>				
D 01	...сотрудничества с другими медицинскими учреждениями?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 02	...основательности и тщательности медицинских осмотров?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 03	...готовности своевременно выписать Вам направление?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	<b>5. Каким образом этот врач привлекает Вас к принятию решений относительно проведения осмотров и назначения курсов терапии?</b>	<b>Всегда</b>	<b>В боль- шинстве случаев</b>	<b>Изредка</b>	<b>Никогда</b>
		3	2	1	0
E 01	На мой выбор предлагаются различные варианты (напр. осмотра или лечения).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 02	Мы совместно обсуждаем преимущества и недостатки различных вариантов.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 03	Врач спрашивает меня, какие варианты я наиболее предпочитаю.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 04	Я участвую в принятии решений в такой степени, в какой сам(а) этого хочу.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	<b>6. Насколько Вы <u>в целом</u> удовлетворены этим врачом в отношении...</b>	<b>Очень удовлетворен(а)</b>	<b>Скорее удовлетворен(а)</b>	<b>Скорее не удовлетворен(а)</b>	<b>Совсем не удовлетворен(а)</b>
		3	2	1	0
	...качества и объема получаемой Вами информации?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G	7. Насколько Вы <u>в целом</u> удовлетворены этим врачом в отношении степени...	Очень удовлетворен(а)	Скорее удовлетворен(а)	Скорее не удовлетворен(а)	Совсем не удовлетворен(а)
		3	2	1	0
	...Вашего участия в принятии медицинских решений?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H	8. Испытываете ли Вы...	Да, я испытываю к нему/ней большое доверие	Да, я скорее испытываю к нему/ней доверие	Я скорее не испытываю к нему/ней доверия	Нет, я не испытываю к нему/ней доверия	Я еще недостаточно долго знаю этого врача
		4	3	2	1	0
	...доверие к этому врачу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I	9. Как высоко Вы <u>в целом</u> оцениваете качество...	Очень высоко	Скорее высоко	Скорее низко	Крайне низко
		3	2	1	0
	...лечения, проводимого этим врачом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J	10. Насколько Вы в целом удовлетворены...	Очень удовлетворен(а)	Скорее удовлетворен(а)	Скорее не удовлетворен(а)	Совсем не удовлетворен(а)
		3	2	1	0
	...работой этого врача?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Дополнительные вопросы

K	Сколько Вам лет?	до 18	<input type="checkbox"/>	0
		от 18 до 30	<input type="checkbox"/>	1
		от 31 до 45	<input type="checkbox"/>	2
		от 46 до 60	<input type="checkbox"/>	3
		от 61 и старше	<input type="checkbox"/>	4

L	Какой у Вас вид страхования?	государственное	<input type="checkbox"/> g
		частное	<input type="checkbox"/> p
M	Как долго Вы уже проходите лечение в данной врачебной практике?	Я посетил(а) клинику в первый раз	<input type="checkbox"/> 0
		менее 1 года	<input type="checkbox"/> 1
		от 1 до 2 лет	<input type="checkbox"/> 2
		от 3 до 5 лет	<input type="checkbox"/> 3
		более 5 лет	<input type="checkbox"/> 4

**Большое спасибо!**