**Дякуємо, що вирішили взяти участь в опитуванні! Ваша думка дуже важлива для нас.**

Наразі лікарня проводить опитування, аби дізнатися що ви думаєте про послуги, які тут отримуєте.

Анкета займе **не більше 10 хвилин** вашого часу. Будь ласка, відповідайте відверто, участь в опитуванні повністю анонімна.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Скажіть, будь ласка, якого лікаря ви сьогодні відвідували?** *(Одна відповідь.)*  * Лікаря первинної медичної допомоги вкажіть кого саме - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (сімейний лікар / терапевт / педіатр) * Лікаря вузької спеціальності - вкажіть кого саме - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наприклад, лор, гастроентеролог, кардіолог, окуліст тощо) * Відвідував(ла) не лікаря, а медсестру, медбрата | 1. **Ви відвідували даний медичний заклад…** *(Одна відповідь)*  * за власними потребами … *До пит. №4* * супроводжуючи дитину …. *До пит. №3* * супроводжуючи дорослу людину (члена сім’ї, родича, сусіда та ін.) …. *До пит. №3*  1. **Ви** **Чи були ви присутні разом з супроводжуваною особою на прийомі / процедурі?** *(Одна відповідь)*  * Так, був(ла) * Ні, не був(ла) |

1. **Наскільки ви задоволені візитом до лікаря / іншого медперсоналу за 4-бальною шкалою?** *(Одна відповідь)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| Зовсім не задоволений(а) | Скоріше не задоволений(а) | Скоріше задоволений(а) | Задоволений (а) | Важко сказати |

**ОЦІНКА ЛІКАРЯ**

1. **Наскільки ви погоджуєтеся із наступними твердженнями про лікаря, якого ви сьогодні відвідували. При відповіді використовуйте 4-бальну шкалу**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Не згоден(а) | 2.Скоріше не згоден(а) | 3.Скоріше згоден(а) | 4.Згоден(а) | 0. Не можу визначитися |
| **Лікар** | | | | | |
| Протягом візиту лікар ставився до мене із розумінням та повагою |  |  |  |  |  |
| Лікар виявив зацікавленість та уважно слухав мене протягом візиту |  |  |  |  |  |
| Під час візиту лікар у зрозумілій формі пояснював мені медичну інформацію (про симптоми, хворобу, цілі та методи обстеження, лікування тощо) |  |  |  |  |  |
| Лікар приділив достатньо часу на те, щоб обговорити всі мої питання |  |  |  |  |  |
| Візит до лікаря покращив самопочуття і додав упевненості у власних силах |  |  |  |  |  |
| Лікар залучав мене до прийняття рішень щодо мого догляду та лікування |  |  |  |  |  |
| Лікар допоміг зрозуміти (пояснював), що я маю робити та чому важливо дотримуватися порад лікаря |  |  |  |  |  |
| Лікар інформував мене щодо профілактики захворювань та/або способів контролю мого захворювання (наприклад, щодо щеплень, зайвої ваги, шкідливих звичок, дієти тощо) |  |  |  |  |  |

**ОЦІНКА СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ**

1. **Наскільки ви погоджуєтеся із наступними твердженнями про медичну сестру / брата, яка вас сьогодні обслуговував (ла). При відповіді використовуйте 4-бальну шкалу**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Не згоден(а) | 2.Скоріше не згоден(а) | 3.Скоріше згоден(а) | 4.Згоден(а) | 0. Не можу визначитися |
| **Середній медичний персонал** | | | | | |
| Протягом візиту медсестра або медбрат ставилися до мене із розумінням та повагою |  |  |  |  |  |
| Медсестра або медбрат виявили зацікавленість та уважно слухали протягом візиту |  |  |  |  |  |
| Під час візиту/процедур медсестра або медбрат у зрозумілій мені формі, пояснили мені все, що відбувається та іншу медичну інформацію |  |  |  |  |  |

**ОЦІНКА УМОВ**

1. **Наскільки ви погоджуєтеся із наступними твердженнями про лікувальний заклад. При відповіді використовуйте 4-бальну шкалу**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Не згоден(а) | 2.Скоріше не згоден(а) | 3.Скоріше згоден(а) | 4.Згоден(а) | 0. Не можу визначитися |
| **Умови** | | | | | |
| Інший персонал закладу (окрім лікаря та медсестри чи медбрата, про яких запитували раніше) ставився до мене доброзичливо та ввічливо |  |  |  |  |  |
| Я маю можливість поговорити з лікарем по телефону |  |  |  |  |  |
| Приміщення закладу (кабінети, хол) чисті та гарно освітлені |  |  |  |  |  |
| Я мав/ла можливість очікувати на прийом лікаря у зручній для мене зоні очікування (наприклад, стільці, освітлення, вільний Wi-Fi, сповивальний столик тощо) |  |  |  |  |  |
| Вбиральня доступна для пацієнтів |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Не згоден(а) | 2.Скоріше не згоден(а) | 3.Скоріше згоден(а) | 4.Згоден(а) | 0. Не можу визначитися |
| Вбиральня чиста, є вода, мило, туалетний папір |  |  |  |  |  |
| Вказівники наявні та зрозумілі для мене і дозволяють самостійно знайти потрібний кабінет |  |  |  |  |  |
| Довідкова інформація, яка розміщена в закладі (стенди, плакати, телевізори, буклети тощо) чітка, зрозуміла і була мені корисною |  |  |  |  |  |
| Всі кабінети легкодоступні для людей з обмеженими можливостями (люди на візках, на милицях тощо) |  |  |  |  |  |

1. **Доки ви були в лікарні, чи спостерігали ви щось із переліченого?** *Вкажіть всі варіанти.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Так | | | Ні | | | Не можу відповісти | |
| Персонал носив засоби особистого захисту (маски, захисні екрани, рукавички тощо) | |  | |  | |  |  | |  |
| Персонал мив руки | |  | |  | |  |  | |  |
| Смітники у доступних і видимих місцях | |  | |  | |  |  | |  |
| Персонал змінював і викидав у смітники хірургічні маски, рукавички | |  | |  | |  |  | |  |
| Прибирання приміщень | |  | |  | |  |  | |  |
| Сухі серветки доступні для вашого використання | |  | |  | |  |  | |  |
| Вказівники/наліпки про дотримання соціальної дистанції | |  | |  | |  |  | |  |
| 1. **Доки ви були в лікарні, наскільки захищеними від ризику інфікування COVID-19 ви себе почували?**  * Дуже захищеним(ною) * Досить захищеним(ною) * Не захищеним * Зовсім не захищеним(ною) * Мене це не хвилює * Не можу відповісти  1. **Через пандемію COVID-19 медичний персонал носить засоби особистого захисту (маски, респіратори, захисні екрани). Чи розуміли ви що говорить до вас медичний персонал, вдягнутий у маску/захисний екран?**  * Так, завжди * Іноді * Ні, ніколи * Персонал був без маски | | 1. **Ви записались на прийом …** *(Одна відповідь)*  * по телефону * через електронну пошту/ сайт закладу * через реєстратуру * без запису … *Перехід до пит. №13* * інший спосіб (вкажіть)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1. **Ви прийшли на прийом вчасно?** *(Одна відповідь)*  * Так * Ні  1. **Ви очікували прийому лікаря (під кабінетом)?** *(Одна відповідь)*  * Так, очікував(ла) до 15 хвилин * Так, очікував(ла) більше 15 хвилин * Ні, не довелося очікувати * Важко відповісти | | | | | | | |

1. **Загалом, яке у вас враження від перебування в цій лікарні сьогодні?**

Оцініть за шкалою від 0 до 10, де 0 - дуже поганий досвід, ніколи не пораджу цю лікарню своїм рідним та близьким; а 10 - дуже хороший досвід, раджу цю лікарню своїм рідним та близьким.

**0**

**1**

**2**

**3**

**4**

**5**

**6**

**7**

**8**

**9**

**10**

1. **Чи просили вас під час перебування в лікарні висловити свою думку про якість допомоги?**

* Так
* Ні
* Не знаю / не пам’ятаю

**ПРО СЕБЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Ваша оцінка свого здоров’я**  * Погане * Задовільне * Добре * Відмінне | 1. **Вкажіть рік вашого народження** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ІНШІ КОМЕНТАРІ**

1. **Що вам особливо подобається у лікарні?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Що можна покращити?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **Якщо маєте інші коментарі, напишіть тут:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_