**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:**

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