**ГБУЗ ВО «Областной центр спецмедпомощи»**

**А Н К Е Т А**

для оценки оказания качества медицинских услуг отделениями центра населению

(подчеркнуть отделение: ОТО№1, ОТО№2, ОТО№3, СОМР, неврологическое отделение для детей с ДЦП)

1. **Госпитализация была:**

Плановая Экстренная

1. **Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?**

Да Нет

1. **Во время пребывания в медицинской организации Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?**

Да Нет

1. **Перед госпитализацией Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

Да Нет

1. **Вы удовлетворены условиями предоставления услуг в медицинской организации?**

Да Нет

1. **Вы удовлетворены отношением к Вам работников медицинской организации во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?**

Да Нет

1. **Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?**

Да Нет

1. **Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации (представлением информации о размещении кабинетов медицинских работников, лабораторных и диагностических подразделений, санитарно-гигиенических помещений и др.)?**

Да Нет

1. **В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?**

Да Нет

1. **Вы используете электронные сервисы для взаимодействия с данной медицинской организацией (электронное обращение, электронная почта, часто задаваемые вопросы, др.)?**

Да Нет

**Мы благодарим Вас за участие!**

**Вы можете оставить предложения по нашей работе на адрес электронной почты:** [rkdonc@rkdonc.elcom.ru](mailto:rkdonc@rkdonc.elcom.ru)

**Дата заполнения « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г.**