

## Опросник пациента, получающего первичную медицинскую помощь

### ОПРОСНИК ПАЦИЕНТА [NAME OF OFFICE/CLINIC]

Вас приглашают принять участие в этом опросе, потому что Вы недавно посетили [NAME OF OFFICE/ CLINIC]. Ваши ответы на вопросы данного опроса помогут нам улучшить обслуживание. Опрос состоит из шести разделов и занимает около 5 минут.

Участие в опросе является абсолютно добровольным, и все Ваши ответы на вопросы будут конфиденциальными.

#### **A. Вы заполняете этот опрос от своего имени или от имени другого лица?**

- Я заполняю опрос от своего имени
- Я заполняю опрос от имени другого лица

#### **B. Если Вы заполняете опрос от имени другого лица, укажите, кто это.**

- Я заполняю от имени члена семьи или друга
- Я заполняю от имени пациента или клиента
- Другое (*пожалуйста, укажите, какое отношение Вы имеете к пациенту, но не указывайте свое имя*): \_\_\_\_\_

YOUR LOGO HERE

## Раздел 1. Обращение в наш офис/клинику

**Q1.** Как Вам назначили Ваш последний прием?

- У меня не был назначен прием – я просто пришел(-ла) в офис/клинику (**ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ Q2b**)
- Я позвонил(-ла), и мне назначили время
- Я отправил(-ла) электронное сообщение, и мне назначили время
- Мне назначили время на последнем приеме
- Мне позвонил представитель офиса/клиники и назначил прием
- Другое (*пожалуйста, укажите*): \_\_\_\_\_

Q2.	Подумайте о Вашем последнем приеме и оцените следующее по шкале от «плохо» до «отлично».	Плохо	Удовлетворительно	Хорошо	Очень хорошо	Отлично
a.	Время между обращением для назначения приема и датой приема.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Ваши <u>общие</u> впечатления о доступности офиса/клиники	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Раздел 2. Прибытие и ожидание в офисе/клинике

Говоря о Вашем последнем приеме...

Q3.	Как бы Вы оценили следующее по шкале от «плохо» до «отлично»?	Плохо	Удовлетворительно	Хорошо	Очень хорошо	Отлично
a.	Время ожидания в приемной/зоне ожидания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Ваши общие впечатления о работе нашей регистратуры	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Время ожидания в кабинете врача до разговора со специалистом о цели Вашего посещения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Раздел 3. Ваш прием

Говоря о Вашем последнем приеме...

Q4.	Говоря об <b>ОСНОВНОМ</b> специалисте, с которым Вы разговаривали во время приема, оцените следующее по шкале от «плохо» до «отлично».	Плохо	Удовлетворительно	Хорошо	Очень хорошо	Отлично
a.	Он знал Вашу историю болезни	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Он выслушал Ваши жалобы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Он говорил на понятном языке	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Он предоставил доступные объяснения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	Он внимательно отнесся к Вашим потребностям и предпочтениям	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

YOUR LOGO HERE

f.	Он обращался с Вами достойно и с уважением	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g.	Он предоставил Вам четкие инструкции о том, что Вам следует делать после приема	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h.	Ваше общее впечатление от общения со специалистом относительно причины Вашего посещения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Раздел 4. Ваше общее впечатление о последнем приеме

Q5.	Подумайте о Вашем последнем приеме и оцените следующее по шкале от «плохо» до «отлично».	Плохо	Удовлетворительно	Хорошо	Очень хорошо	Отлично
a.	Общая чистота офиса/клиники	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Общий физический комфорт в офисе/клинике	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Ваше доверие к врачу/специалисту, с которым Вы общались во время последнего приема	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Ваша уверенность в том, что Ваша медицинская информация использовалась с той степенью конфиденциальности, которую Вы ожидали	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	Ваше общее впечатление о посещении нашего офиса/клиники	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Раздел 5. Ваши впечатления о посещении нашего офиса/клиники за последний год или менее/более длительный период

Первые несколько вопросов аналогичны тем, на которые Вы отвечали ранее. Однако вместо последнего приема мы просим Вас подумать о впечатлении, которое создалось у Вас на основе посещений **ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД ИЛИ МЕНЕЕ/БОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД.**

Q6.	В последний раз, когда Вы были больны или у Вас возникла медицинская проблема...	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
a.	Назначили ли Вам прием на желаемую дату?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Сколько дней прошло с тех пор, как Вы впервые попытались попасть на прием к врачу или медсестре, до того, как Вы фактически ПОПАЛИ на прием к нему/ней или кому-либо другому в его/ее кабинете?	<input type="radio"/> Попал(-а) в тот же день <input type="radio"/> Попал(-а) на следующий день <input type="radio"/> 2-19 дней (укажите количество дней: _____) <input type="radio"/> 20 дней или более <input type="radio"/> Неприменимо (не знаю/отказываюсь отвечать)	

YOUR LOGO HERE

Q7.	Когда Вы находитесь на приеме у Вашего врача или медсестры, как <u>часто</u> он/она или кто-либо еще в их кабинете...	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
a.	Дают Вам возможность задать вопросы о рекомендуемом лечении	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	В достаточной для Вас степени привлекают Вас к принятию решения о Вашем уходе и лечении	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Уделяют Вам достаточно времени	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q8.	За последний год или менее/более длительный период...	<input type="radio"/> Да (Перейдите к Q5.4)	<input type="radio"/> Нет ( <b>ПЕРЕЙДИТЕ</b> к Q5.5)
a.	Получали ли Вы медицинское обслуживание в другом месте, помимо данного офиса/клиники?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q9.	Говоря о медицинских специалистах, которых Вы посетили в различных офисах/клиниках за последний год или менее/более длительный период, как часто....	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
a.	Они знали Вашу историю болезни	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	У них были свежие результаты анализов или обследований	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Они были последовательны в рекомендациях относительно Вашего ухода и лечения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Они эффективно сотрудничали по вопросу ухода за Вами	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q10.	Насколько легко Вы получили медицинскую помощь без обращения в отделение скорой помощи в последний раз, когда она понадобилась Вам вечером, на выходных или в праздничные дни?	Очень тяжело	Достаточно тяжело	Достаточно легко	Очень легко	Неприменимо
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

YOUR LOGO HERE

## Раздел 6. Контекст/демографические данные

<b>Q11.</b>	Как бы Вы в целом оценили состояние своего здоровья?	Плохое <input type="radio"/>	Удовлетворительное <input type="radio"/>	Хорошее <input type="radio"/>	Очень хорошее <input type="radio"/>	Отличное <input type="radio"/>
-------------	--	---------------------------------	---	----------------------------------	--	-----------------------------------

**Q12.** В течение какого времени Вы посещаете наш офис/клинику для получения медицинского обслуживания?

- Менее шести месяцев
- От шести месяцев до года
- От одного года до трех лет
- От трех до пяти лет
- Более пяти лет

**Q13.** Укажите приблизительно, сколько раз Вы посещали наш офис/клинику за последний год или менее/более длительный период для собственного медицинского обслуживания?

- Один
- Два
- Три
- Четыре
- Пять или более

**Q14.** Вы бы порекомендовали наши услуги Вашей семье или друзьям? Выберите только **ОДИН** вариант ответа.

- Определенно нет
- Вероятно нет
- Вероятно да
- Определенно да

**Если Вы хотите оставить отзыв,  
используйте строки ниже:**

### ОТЗЫВ (ПО ЖЕЛАНИЮ)

Говоря об общем впечатлении от нашего офиса/клиники, назовите...

a. Два аспекта, которые Вам особенно понравились:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

b. Два аспекта, которые можно улучшить:

YOUR LOGO HERE



1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Можете ли Вы предоставить дополнительную информацию или оставить отзыв, который помог бы нам улучшить обслуживание?

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

---

**Благодарим Вас за заполнение опросника.**