

**Дорогой клиент!**

В связи с разработкой мероприятий по повышению качества предоставляемых услуг обращаемся к Вам с просьбой ответить на несколько вопросов.

Помогите нам стать лучше. Ваше мнение важно для нас!

# Вы обратились в данный медицинский центр?

# к врачу-специалисту (терапевт, кардиолог, невролог, офтальмолог, другой)

# для обследования, диагностики (УЗИ, анализы, другое)

# медицинский осмотр

# иное

# Вы записались на прием к врачу?

# по телефону медицинского центра

# при личном обращении в регистратуру

# через официальный сайт медицинского центра

# через мобильное приложение «Медицинский помощник. Пациент»

# Насколько легко Вам удалось записаться на прием к врачу каким-либо вышеперечисленным способом?

# легко

# сложно

# Вы удовлетворены работой и отношением сотрудников регистратуры данного медицинского центра?

# да

# нет

# Вам удалось записаться на прием к врачу (получили информацию с указанием времени приема и ФИО специалиста) при первом обращении в медицинский центр?

# да

# нет

# Врач принял Вас в установленное по записи время?

# да

# нет

# Сколько времени Вы ожидали приема в очереди?

# не пришлось ожидать в очереди, посетил(а) врача в назначенное время по записи

# пришлось ждать в очереди около \_\_\_\_\_ минут(ы)

# Удовлетворены ли Вы отношением врача к Вам (профессионализм, компетентность, адекватность методов диагностики и лечения, искреннее желание помочь пациенту, заинтересованность в результатах, доброжелательность)?

# да

# нет

# Во время приема врач достаточно понятно и доступно разъяснил Вам рекомендации по лечению, профилактике Вашего заболевания и ответил на все вопросы?

# да

# нет

# Вы остались довольны результатом лечения?

# да

# нет

# Пожалуйста, оцените по шкале от 0 до 10, насколько вероятно, что Вы порекомендуете наш медицинский центр другу или коллеге? \*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Не рекомендую | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Рекомендую |

# Оцените качество услуг нашего медицинского центра \*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Низкое | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Высокое |

# Насколько Вам было комфортно в нашем медицинском центре? \*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Некомфортно | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Комфортно |

# Что Вам понравилось в работе нашего медицинского центра? \*

|  |
| --- |
|  |
|  |

# Что Вам не понравилось в работе нашего медицинского центра? \*

|  |
| --- |
|  |
|  |

# Какие изменения Вы бы предложили для улучшения работы нашего медицинского центра? \*

|  |
| --- |
|  |
|  |

# Пожалуйста, оцените по шкале от 0 до 10, насколько вероятно, что Вы обратитесь в наш медицинский центр еще раз? \*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Больше не обращусь | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Обращусь еще раз |

**Благодарим Вас за участие!**