Анкета для сотрудников медицинской организации и пациентов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Вопросы** | **Ответ** |
|  | Как вы думаете, почему люди посещают поликлинику? |  |
|  | Что их останавливает от посещения поликлиники? |  |
|  | Что вас раздражает в вашей поликлинике? |  |
|  | Как вы думаете, почему люди выбирают частный медицинский центр? |  |
|  | Как вы думаете, при каких условиях люди станут чаще посещать поликлинику? |  |
|  | Поделитесь положительным опытом посещения медучреждений? Как это было? |  |
|  | Расскажите, как быстро вы находите нужный кабинет в поликлинике? |  |
|  | Как можно сделать удобнее навигацию в поликлинике? |  |
|  | Поделитесь впечатлениями от общения  - с регистратором  - с врачом  - с другим персоналом поликлиники |  |
|  | Какими качествами, на ваш взгляд, должен обладать:  - регистратор  - врач  - другой персонал |  |
|  | Как вы думаете, сколько должен длиться визит в поликлинику? |  |
|  | Почему это может занять больше времени? |  |
|  | Почему люди доверяют своему врачу в поликлинике? |  |
|  | Как вы думаете, почему возникают врачебные ошибки (неправильный диагноз, например)? |  |
|  | Если пациент недоволен, к кому он может обратиться? |  |
|  | Как персонал поликлиники должен реагировать на жалобы пациентов? |  |
|  | Что вам нравится в вашей поликлинике? |  |
|  | Что будет для Вас наилучшим результатом посещения поликлиники? |  |
|  | Хорошее медицинское учреждение: какое оно? |  |
|  | Что нужно сделать, чтобы пациентам было комфортнее в поликлиниках? Что нужно сделать в первую очередь? |  |

Анкета удовлетворенности сотрудника медицинской организации условиями труда

Начало формы

Пожалуйста, уделите немного времени заполнению данной анкеты.

Для нас важно узнать Ваше мнение (как положительное, так и критическое).

Ваши ответы помогут нам оценить и улучшить работу таким образом, чтобы она соответствовала Вашим нуждам.

Мы гарантируем анонимность Ваших ответов.

|  |  |
| --- | --- |
| Как давно Вы работаете в данной организации? | до 2 месяцев от 2 месяцев до 6 месяцев от 6 месяцев до года свыше года |
| Укажите, пожалуйста, какую медицинскую организацию вы оцениваете | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Перешли бы Вы работать в другую организацию, если бы представилась такая возможность? | Да Нет |
| Удовлетворены ли Вы своей работой? | Да Нет |
| Удовлетворены ли Вы тем, как складывается Ваша жизнь в последний год? | Да Нет |
| Хорошо ли планируется и координируется работа организации? | Да Нет |
| Четко ли Вы понимаете ,что от Вас ожидают в работе? | Да  Нет |
| Обеспечено ли Ваше рабочее место всем необходимым? | Да Нет |
| Понимаете ли Вы, чем определяется Ваша зарплата? | Да Нет |
| Можете ли Вы открыто высказать непосредственному руководителю свои идеи и предложения? | Да Нет |
| Произошли ли какие-либо положительные изменения в организации за последние 3 месяца? | Да Нет |
| Устраивает ли Вас размер заработной платы (относительно среднего заработка на вашей должности в других организациях)? | Да Нет |
| Дает ли уверенность в завтрашнем дне работа в данной организации? | Да Нет |
| Информированы ли Вы о правилах назначения на руководящую должность? | Да Нет |