|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сіз қанағаттанасыз ба:** | **Өте жақсы** | **Жақсы** | **қанағаттанарлық** | **жаман** | **Өте нашар** |
| **Дәрігер сіздің аурыңыз туралы толық ақпарат бергеніне** |  |  |  |  |  |
| **Біздің орталықта медициналық көмектің сапасына** |  |  |  |  |  |
| **Дәрігердің сізбен қатынасына** |  |  |  |  |  |
| **Мейірбикелердің сізбен қатынасына** |  |  |  |  |  |
| **Сізге ем қабылдау шараларына байланысты медициналық шешімдерге** |  |  |  |  |  |
| **Орталыққа келгеннен бастап, диализ қабылдауға дейінгі күту ұзақтығына**  |  |  |  |  |  |
| **Сіз диета сақтау маңыздылығын түсінесіз бе?** |  |  |  |  |  |
| **Сіз біздің орталықты басқа диализ науқастарына ұсынар ме едіңіз?** |  |  |  |  |  |

Біздің қызметімізді жақсартуға көмектесіңіз!

Құрметті науқас,

Біз көрсететін медициналық көмек және қызметкерлерінің жұмысының сапасы жайлы сіздің пікіріңізді білу, біз үшін маңызды.

Сізден алынған ақпарат құпия түрде болады.

Анкетаны өзінізге ыңғайлы тілде толтырыңыз.

**Жасы \_\_\_\_\_\_\_ Жынысыңыз: ер / әйел**

** СІЗДІҢ ҰСЫНЫСЫҢЫЗ ЖӘНЕ ТІЛЕКТЕРІҢІЗ!**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**