


Тип	ФОРМА	Код	ББН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1_3-а	Редакция	001	Страница 1 из 1	
Название	<b>АНКЕТА ОЦЕНКИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТА</b>								
Название центра									

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 өзіңізге ыңғайлы тілде толтырыңыз.

Жасы \_\_\_\_\_

Жынысыңыз: ер / әйел

Сіз қанағаттанасыз ба:	Өте жақсы	Жақсы	қанағатта нарлық	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?					



**СІЗДІҢ ҰСЫНЫСЫҢЫЗ ЖӘНЕ ТІЛЕКТЕРІҢІЗ!**

---



---



---