

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									

**Помогите нам сделать наш сервис лучше!**

Уважаемый пациент (-ка)

Для нас важно узнать Ваше мнение о качестве оказания медицинских услуг и работе наших сотрудников. Полученная от Вас информация конфиденциальна!  
Анкета заполняется на удобном для Вас языке.

Ваш возраст \_\_\_\_\_

Ваш пол: Мужской / Женский

Укажите пожалуйста удовлетворены ли вы:	Отлично	Хорошо	Средне	Ниже среднего	Плохо
Полнотой полученной от врача информации о Вашем заболевании					
Качеством медицинской помощи в нашем центре					
Отношением врачей к Вам					
Отношением медицинских сестер к Вам					
Участие в принятии медицинских решений относительно Вашего лечения					
Длительностью ожидания с момента прибытия в центр и начала процедуры					
Понимаете ли Вы важность соблюдения диеты?					
Порекомендовали бы Вы наш центр другим диализным пациентам?					



**ВАШИ КОМЕНТАРИИ И ПОЖЕЛАНИЯ!**

---



---



---