

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР»

ПРИКАЗ

*30 июля 2018*

№

*192/1*

г. Волгоград

Об организации работ по независимой оценке качества оказания услуг ГБУЗ  
«Волгоградский областной клинический противотуберкулезный диспансер»

Во исполнение приказа комитета здравоохранения Волгоградской области от 09.06.2016 г. «О проведении независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области», приказа комитета здравоохранения Волгоградской области от 13.03.2017 года № 555 «О внесении изменений в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 09.06.2016 г. № 1898 «О проведении независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области», на основании письма комитета здравоохранения Волгоградской области от 27.07.2018 года № 14-04-1303, в целях улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам ГБУЗ «ВОКПД», совершенствования организации контроля качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом и изучения удовлетворенности пациентов качеством оказания противотуберкулезной помощи в ГБУЗ «ВОКПД», а также в связи с кадровыми изменениями

п р и к а з ы в а ю:

1. Считать утратившими силу приказ ГКУЗ «ВОКПД» от 24 июля 2015 года № 225 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и мероприятиях по изучению удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи в ГКУЗ «ВОКПД»» и приказ от 12.01.2016 года № 22 «Об организации работ по независимой оценке качества оказания услуг ГКУЗ «Волгоградский областной клинический противотуберкулезный диспансер».
2. Внедрить в практику работы подразделений ГБУЗ «ВОКПД»:
  - «Анкету для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях» (Приложение 1);

- «Анкету для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях» (Приложение 2);

- при оказании медицинских услуг пациентам, являющимися иностранными гражданами, обратившимися за медицинской помощью и/или госпитализированными на стационарное лечение в ГБУЗ «ВОКПД», «Анкету обратной связи для иностранных пациентов» (Приложение 3).

3. Программистам технического отдела В.В.Трафимову и В.С.Клюеву обеспечить размещение интерактивных анкет на официальном сайте ГБУЗ «ВОКПД» и техническое сопровождение работ.

4. Заведующим подразделениями ГБУЗ «ВОКПД»:

структурным подразделением № 1 И.А.Фроловой;

структурным подразделением № 2 С.А.Юдину;

структурным подразделением № 3 Е.Ю.Кириенко;

структурным подразделением № 4 О.Ю.Черемушниковой;

филиалом № 1 в г. Камышине Е.Н.Маслиевой;

амбулаторным отделением № 1 А.В.Полякову;

амбулаторным отделением консультативного приема И.Н.Писареву;

амбулаторным отделением № 2 И.А.Мамонтовой;

амбулаторным отделением № 3 О.В.Стукаловой:

4.1. Обеспечить возможность заполнения анкет на бумажном носителе (постоянно) пациентам, проходящим амбулаторное лечение и в срок до 01 числа месяца следующего за отчетным, предоставлять анкеты пациентов для обработки и обобщения результатов анкетирования в ОМО ГБУЗ «ВОКПД» (Приложения 2,3);

4.2. Обеспечить проведение 1 раз в квартал анкетирования на бумажном носителе пациентами, проходящими стационарное лечение (Приложения 1, 3) в количестве не менее 20 штук и в срок до 01 числа месяца следующего за отчетным кварталом, предоставлять анкеты пациентов для обработки и обобщения результатов анкетирования в ОМО ГБУЗ «ВОКПД».

5. Назначить ответственным за сбор, обобщение и анализ данных по проведению независимой оценки качества оказания услуг ГБУЗ «ВОКПД» врача-методиста организационно-методическим отделом А.И.Колесникова.

6. Ответственному обеспечить:

6.1. Проведение анкетирования пациентов (в том числе иностранных граждан), проходящих стационарное лечение в 6 отделениях ГБУЗ «ВОКПД» (400005, г. Волгоград, пр-кт им. Ленина, 54) в количестве не менее 20 анкет ежеквартально;


6.2. Сбор анкет от каждого подразделения и стационарного отделения ГБУЗ «ВОКПД», обработку и обобщение результатов анкетирования пациентов подразделений и стационарных отделений в целом по учреждению;

6.3. Ежемесячно в срок до 04 числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять результаты проведенного анкетирования, заполненные на бумажном носителе анкеты пациентами ГБУЗ «ВОКПД» и результаты электронного анкетирования в ГБУЗ «ВОМИАЦ».

6.4. Предоставлять сводные данные за отчетный год по результатам проведенного анкетирования (на бумажном носителе и в электронном виде) до 1 ноября текущего года в ГБУЗ «ВОМИАЦ».

7. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по клинико-экспертной работе Н.И.Миронову и заместителя главного врача по организационно-методической работе И.В.Выстропову.

Главный врач



Г.В.Мордвинова

## АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями  
в стационарных условиях

Наименование медицинской организации

Текущий месяц

## 1. Госпитализация была:

экстренная

плановая → Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию?

30 календарных дней и более

29 календарных дней

28 календарных дней

15 календарных дней

менее 15 календарных дней

Вы были госпитализированы в назначенный срок?

да  нет

Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?

да

нет → Что не удовлетворяет?

отсутствие свободных мест ожидания

состояние гардероба

состояние туалета

отсутствие питьевой воды

санитарные условия

Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?

90 мин и более

до 90 мин

до 60 мин

до 45 мин

до 30 мин

Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)?

да  нет

## 2. Вы были госпитализированы?

за счет ОМС, бюджет

за счет ДМС

на платной основе

## 3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

нет

да → Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

I группа

II группа

III группа

ребенок-инвалид

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

да

нет → Пожалуйста, укажите что именно отсутствует

отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов

отсутствие пандусов, поручней

отсутствие подъемных платформ (аппарелей)

отсутствие адаптированных лифтов

отсутствие сменных кресел-колясок

отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов, голосовых сигналов

отсутствие информации шрифтом Брайля

отсутствие доступных санитарно-гигиенических помещений

отсутствие сопровождающих работников

отсутствие сопровождающих работников

## 4. Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

нет

да → Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?

да  нет

## 5. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?

нет

да → Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?

да  нет

## 6. В каком режиме стационара Вы проходили лечение?

дневного стационара

круглосуточного пребывания →

Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?

да  нет

Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?

да  нет



Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?

да  нет

Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?

нет

да ⇒ Необходимость:

- для уточнения диагноза
- с целью сокращения срока лечения
- приобретение расходных материалов

7. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

да

нет ⇒ Что именно Вас не

удовлетворило?

- Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
- Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации
- Вам не дали выписку
- Другое

8. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?

да

нет ⇒ Что не удовлетворяет?

- уборка помещений
- освещение, температурный режим
- медицинской организации требуется ремонт
- в медицинской организации старая мебель

9. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в этой медицинской организации?

да  нет

10. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?

да  нет

11. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

да  нет

12. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?

нет

да ⇒ Характеристика комментария

- положительный
- отрицательный

13. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?

нет

да ⇒ Кто был инициатором

благодарения?

- я сам (а)
- персонал медицинской организации
- Форма благодарения
- письменная благодарность (в журнале, на сайте)
- цветы
- подарки
- услуги
- деньги

**АНКЕТА**

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями  
в амбулаторных условиях  
(врачом-фтизиатром участковым, врачом узкой специализации)

Наименование медицинской организации

Текущий месяц

1. Вы обратились в медицинскую организацию?

- к врачу-фтизиатру участковому
- к врачу узкой специализации

(указать) \_\_\_\_\_

2. Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) у участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача))?

- да
- нет

3. Удовлетворены ли Вы компетентностью врача

- да

нет ⇒ Что именно Вас не

удовлетворило?

- Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
- Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации
- Вам не дали выписку
- Вам не выписали рецепт  Другое

4. Форма обращения

- на прием
- вызов на дом

5. Время ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием?

- 24 часа и более
- 12 часов
- 8 часов
- 6 часов
- 3 часа
- менее 1 часа

6. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача)?

да ⇒ Вы записались на прием к

врачу (вызвали врача на дом)?

- по телефону
- с использованием сети Интернет
- в регистратуре лично
- лечащим врачом на приеме при посещении

нет ⇒ По какой причине

- не дозвонился
- не было талонов
- не было технической возможности записаться в электронном виде
- другое

7. Врач Вас принял во время, установленное по записи?

- да
- нет

8. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?

нет

да ⇒ Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?

- да
- нет

9. Перед обращением\* в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

нет

да ⇒ Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?

- да
- нет

10. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?

да

нет ⇒ Что не удовлетворяет?

- отсутствие свободных мест ожидания
- состояние гардероба
- состояние туалета
- отсутствие питьевой воды
- санитарные условия
- отсутствие мест для детских колясок

11. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

нет

да ⇒ Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- I группа
- II группа
- III группа
- ребенок-инвалид

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

да

нет ⇒ Пожалуйста, укажите что именно отсутствует



- отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов
- отсутствие пандусов, поручней
- отсутствие подъемных платформ (аппарелей)
- отсутствие адаптированных лифтов
- отсутствие сменных кресел-колясок
- отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов, голосовых сигналов
- отсутствие информации шрифтом Брайля
- отсутствие доступных санитарно-гигиенических помещений
- отсутствие сопровождающих работников

12. Вы ожидали проведения диагностического исследования (инструментального, лабораторного) с момента получения направления на диагностическое исследование?

- не назначалось
- 14 календарных дней и более
- 13 календарных дней
- 12 календарных дней
- 10 календарных дней
- 7 календарных дней
- менее 7 календарных дней

Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?

- да
- нет

13. Вы ожидали проведения диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование?

- не назначалось
- 30 календарных дней и более
- 29 календарных дней
- 28 календарных дней
- 27 календарных дней
- 15 календарных дней
- менее 15 календарных дней

Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?

- да
- нет

14. Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?

- да
- нет

15. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

- да
- нет

16. Ваше обслуживание в медицинской организации?

- за счет ОМС, бюджет
- за счет ДМС
- на платной основе

17. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача) (ФИО, график работы, № кабинета и др.)?

- да
- нет

18. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру, врачу общей практики (семейному врачу)?)

- раз в месяц
- раз в квартал
- раз в полугодие
- раз в год
- не обращаюсь

19. Как часто Вы обращаетесь к врачам-специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)?

- раз в месяц
- раз в квартал
- раз в полугодие
- раз в год
- не обращаюсь

20. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?

- нет
- да ⇒ Характеристика комментария
  - положительный
  - отрицательный

21. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?

- нет
- да ⇒ Кто был инициатором благодарения?

Форма благодарения

- письменная благодарность (в журнале, на сайте)
- цветы
- подарки
- услуги
- деньги

ГБУЗ «Волгоградский областной клинический противотуберкулезный диспансер»  
 «Анкета обратной связи для иностранных пациентов»  
 Номер анкеты / \_\_\_\_\_ / (предоставляется медицинской организацией)

Уважаемый пациент!

Мы просим Вас принять участие в нашем опросе. Это займет не более 15 минут.

Мы гарантируем конфиденциальность полученной от Вас информации, все ответы будут использованы исключительно в обобщенном виде и позволят улучшить качество услуг, предоставляемых в Нашей медицинской организации.

Прежде, чем дать ответ, внимательно прочитайте, пожалуйста, каждый вопрос и возможные варианты ответов на него. Выбрав тот или иной ответ, обведите кружком цифру, соответствующую выбранному ответу. В комментариях после каждого вопроса в скобках указано, сколько ответов Вы можете выбрать на данный вопрос. В некоторых вопросах Ваш ответ надо вписать в соответствующую строку анкеты.

Гражданином какой страны Вы являетесь?

Напишите название страны / \_\_\_\_\_ /

Сколько времени в году вы проводите в стране своего гражданства? (один ответ)

- Все время живу в своей стране
- Большую часть года живу в своей стране
- Примерно половину года живу в России и половину в своей стране
- Большую часть года живу в России
- Все время живу в России

Из каких источников Вы впервые узнали о Нашей медицинской организации? (один ответ)

-Министерство здравоохранения Вашей страны	-Газеты и журналы
-Государственное лечебное учреждение Вашей страны	-Рекламные буклеты
-Частная медицинская клиника Вашей страны	-Интернет
-Телевидение/ радио Вашей страны	-Рекомендации друзей/близких
-Российское телевидение/ радио	-Не помню/затрудняюсь ответить
-Другое (Укажите, что именно)	

Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале качество предоставляемых медицинских услуг Нашей медицинской организации по каждому параметру. (обведите один ответ в каждой строке)

	Полностью неудовлетворен	Скорее неудовлетворен	Ни то, ни другое	Скорее удовлетворен	Полностью удовлетворен	Не проводилось
1. Медицинское консультирование	1	2	3	4	5	6
2. Диагностические процедуры	1	2	3	4	5	6
3. Оперативное вмешательство	1	2	3	4	5	6
4. Курс стационарного лечения	1	2	3	4	5	6
5. Обеспечение медикаментами	1	2	3	4	5	6
6. Реабилитация и сопровождение после курса лечения	1	2	3	4	5	6

Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале качество оказанной Вам медицинской помощи в Нашей медицинской организации в целом. (один ответ)

Полностью неудовлетворен	Скорее неудовлетворен
Частично удовлетворен, частично нет	Скорее удовлетворен
Полностью удовлетворен	

Есть ли что-то конкретное, что Вам не понравилось в качестве оказанной медицинской помощи в Нашей медицинской организации?

Напишите, что именно \_\_\_\_\_

Есть ли что-то конкретное, что Вам особенно не понравилось в качестве оказанной медицинской помощи в Нашей медицинской организации?

Напишите, что именно \_\_\_\_\_

Оцените, пожалуйста, уровень сервиса в Нашем учреждении в целом по пятибалльной шкале. (один ответ)

Полностью неудовлетворен	Скорее неудовлетворен
Частично удовлетворен, частично нет	Скорее удовлетворен
Полностью удовлетворен	

Оцените, пожалуйста, уровень сервиса в Нашем учреждении по каждому параметру по пятибалльной шкале. (обведите один ответ в каждой строке)

	Полностью неудовлетворен	Скорее неудовлетворен	Ни то, ни другое	Скорее удовлетворен	Полностью удовлетворен	Затрудняюсь ответить
1. Запись на прием	1	2	3	4	5	6
2. Доброжелательность сотрудников регистратуры	1	2	3	4	5	6
3. Доброжелательность младшего медицинского персонала (медсестры, медбратья)	1	2	3	4	5	6
4. Доброжелательность врачей	1	2	3	4	5	6
5. Состояние помещений учреждения	1	2	3	4	5	6
6. Условия размещения в Клинике (бытовые условия)	1	2	3	4	5	6
7. Качество питания	1	2	3	4	5	6
8. Информация о предоставляемых услугах	1	2	3	4	5	6
9. Стоимость медицинских услуг	1	2	3	4	5	6

Есть ли что-то конкретное, что Вам не понравилось в сервисе Нашей медицинской организации?

Напишите, что именно \_\_\_\_\_

Есть ли что-то конкретное, что Вам особенно не понравилось в сервисе Нашей медицинской организации?

Напишите, что именно \_\_\_\_\_

Обратились бы Вы в Наше учреждение за медицинской помощью при необходимости еще раз? (один ответ)

Да Нет Затрудняюсь ответить

Напишите, почему? \_\_\_\_\_

Рекомендовали бы Вы своим друзьям и знакомым лечение (обследование) в нашей медицинской организации? (один ответ)

Да Нет Затрудняюсь ответить

Напишите, почему? \_\_\_\_\_

Какую еще медицинскую помощь необходимо получить Вам или Вашим родственникам? (выберите все подходящие ответы)

Хирургия	Гинекология и акушерство
Офтальмология	Кардиология
Челюстно-лицевая хирургия	Педиатрия
Травматология и ортопедия	Онкология
Реабилитация и восстановительное лечение	Другое/ Запишите/ _____
Сосудистая хирургия	Нет необходимости в медицинской помощи
Стоматология	

Хотели бы Вы при необходимости проконсультироваться у специалистов нашей медицинской организации через Интернет? (один ответ)

Да Нет Затрудняюсь ответить

Согласились бы Вы дать видеointервью о лечении в нашей медицинской организации? (один ответ)

Да Нет Затрудняюсь ответить

Порекомендовали бы Вы своим друзьям и знакомым лечиться в России? (один ответ)

Да Нет Затрудняюсь ответить

Напишите, почему? \_\_\_\_\_



Проходили ли вы когда-либо лечение в других регионах России? (один ответ)

1. Да
2. Нет

В каких именно регионах и какие медицинские услуги вы получали ранее?

Медицинская услуга	Напишите название Клиники и Регион напротив каждой медицинской услуги, которую Вы получали (Если не помните название Клиники, укажите регион)
Хирургия	
Офтальмология	
Челюстно-лицевая хирургия	
Травматология и ортопедия	
Реабилитация и восстановительное лечение	
Сосудистая хирургия	
Стоматология	
Гинекология и акушерство	
Кардиология	
Педиатрия	
Онкология	

Клиники каких еще регионов Вы рассматривали для получения медицинской помощи когда-либо?

Медицинская услуга	Напишите название Клиники и Регион напротив каждой медицинской услуги, которую рассматривали (Если не помните название Клиники, укажите регион)
Хирургия	
Офтальмология	
Челюстно-лицевая хирургия	
Травматология и ортопедия	
Реабилитация и восстановительное лечение	
Сосудистая хирургия	
Стоматология	
Гинекология и акушерство	
Кардиология	
Педиатрия	
Онкология	

Несколько вопросов о Вас лично

Ваш пол

1. мужской
2. женский

Укажите, пожалуйста, сколько Вам полных лет

Впишите / \_\_\_\_\_ / лет

Каково Ваше семейное положение? (один ответ)

- Женат/Замужем  
 Гражданский брак  
 Холост / не замужем [разведен[а], вдовец, вдова]  
 Затрудняюсь ответить, отказ

Какое у Вас образование? (один ответ)

- Неполное среднее/Среднее общее  
 Среднее-профессиональное/Среднее  
 Незаконченное высшее/Высшее/Ученая степень

Каково Ваше основное занятие в настоящий момент? (один ответ)

- Пенсионер (в том числе по инвалидности)  
 Учащийся, студент  
 Временно не работаю, безработный  
 Занят домашним хозяйством, нахожусь в декретном отпуске, отпуске по уходу за ребенком  
 Работаю (за исключением находящихся в декретном отпуске, подрабатывающих студентов, пенсионеров)

Если Вы работаете, уточните, кем Вы работаете на основном месте работы (один ответ)

1. Квалифицированный рабочий, включая сельское хозяйство (Для работы требуется специальное образование)	сварщик, бурильщик, слесарь, аппаратчик, токарь, повар, тракторист, швея, механизатор, водитель
2. Неквалифицированный рабочий, включая сельское хозяйство (Для работы НЕ требуется специального образования)	грузчик, дворник, уборщик, курьер, лифтер, сторож, гардеробщик, приемщик, фасовщик
3. Служащие без высшего образования	секретарь, делопроизводитель, машинистка, лаборант, учетчик, помощник, продавец, кассир, охранник
4. Специалист с высшим образованием в коммерческом секторе	инженер, конструктор, технолог, дизайнер, юристконсульт, экономист, менеджер
5. Специалист с высшим образованием –бюджетник	врач, учитель, воспитатель, библиотекарь, научный сотрудник
6. Военнослужащий в армии, органах внутренних дел, включая полицию и органы национальной безопасности	полицейский, судья, следователь
7. Бизнесмен, предприниматель	занимается индивидуальной трудовой деятельностью (мелкие частники), имеет собственный бизнес
8. Государственный или муниципальный служащий	сотрудники областных/городских/сельских администраций, управ, пенсионного фонда и пр.

9. Затрудняюсь ответить

Укажите, пожалуйста, Ваши контакты для связи:

Телефон (с кодом страны и города) \_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_

Скайт \_\_\_\_\_

Страница в социальных сетях \_\_\_\_\_

Ваше имя \_\_\_\_\_

Есть ли у вас родственники, большую часть года проживающие в России? (возможно несколько вариантов ответов)

Есть родственники, проживающие в Волгограде/Волгоградской области

Есть родственники, проживающие в других регионах России

Нет родственников в России

Затрудняюсь ответить

Оцените, пожалуйста, Вашу степень владения русским языком. (один ответ)

Могу свободно говорить, читать и писать на русском

Понимаю русскую речь и могу изъясняться

Не говорю по-русски

Хотели бы Вы получать информацию о медицинской помощи в Нашей медицинской организации и других Клиниках Волгоградской области? (один ответ)

Да

Нет

Оставьте, пожалуйста, свой отзыв о лечении (обследовании) в Нашей медицинской организации

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_