**АНКЕТА - ОТЗЫВ**

**пациентов ООО «Центр косметологии и эстетики»**

1. Вы обратились в клинику: к врачу-специалисту (косметолог, хирург, невролог, эндокринолог, терапевт, дерматолог, гинеколог, другие)?
2. Вы обратились в клинику: для получения справки, рецепта, копии медицинской карты и т.д.?
3. Вы обратились: по ОМС, по ДМС, на платной основе?
4. Есть ли у вас установленная группа ограничения трудоспособности?

Да\_\_\_\_ Нет

1. Вы посещали сайт клиники перед обращением в клинику? Да\_\_\_\_\_ Нет
2. Перед обращением в клинику вы знакомились с информацией, размещенной на стендах в помещениях клиники? Да\_\_\_\_\_ Нет
3. Вы остались довольны условиями пребывания в зале ожидания?

Да\_\_\_\_\_ Нет

1. Сколько времени вы ожидали в зале ожидания? До 15 мин. До 30 мин.
2. Вы остались довольны отношением персонала во время пребывания в зале ожидания (доброжелательность, вежливость)? Да\_\_\_\_\_ Нет
3. Вы остались довольны отношением персонала во время пребывания в медицинском кабинете (доброжелательность, вежливость)? Да\_\_\_\_\_ Нет
4. Возникала ли у вас необходимость дополнительной платы, которая не оговаривалась с врачом? Да\_\_\_\_\_ Нет
5. Довольны ли вы компетентностью медицинских работников клиники? Да\_\_\_\_\_ Нет
6. Довольны ли вы условиями пребывания в клинике? Да\_\_\_\_\_ Нет
7. Довольны ли вы оказанными услугами в клинике? Да\_\_\_\_\_ Нет
8. Рекомендовали бы вы клинику для получения медицинской помощи? Да\_\_\_\_\_\_ Нет
9. Оставляли ли вы отзывы о качестве обслуживания клиники и персонала в социальных сетях? Да\_\_\_\_\_ Нет

 Ваше имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ваша фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_