Приложение 1

**По итогам работы в 2016 году (анкета)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Критерии оценки регистратуры | | Результаты оценки (да/нет) | |
| 1. | Организация процесса | - соблюдение графика работы | да | нет |
|  |  |
| - системность хранения документов | да | нет |
|  |  |
| - обеспечение сохранности документов | да | нет |
|  |  |
| - распределение потока пациентов | да | нет |
|  |  |
| - обеспечение работы всех окон в периоды наибольшей нагрузки | да | нет |
|  |  |
| - равномерное распределение нагрузки на регистраторов | да | нет |
|  |  |
| - взаимодействие с другими структурными подразделениями | да | нет |
|  |  |
| - обеспечение приема людей с ограниченными возможностями без очереди | да | нет |
|  |  |
| - организация и осуществление регистрации вызовов врачей на дом по месту жительства (пребывания) больного | да | нет |
|  |  |
| - возможность подачи жалобы/выражения благодарности/ внесения предложений | да | нет |
|  |  |
| - наличие обратной связи | да | нет |
|  |  |
| 2. | Организация пространст-ва | - наличие и доступность информации по всем направлениям деятельности медицинского учреждения (в т.ч. о времени приема врачей, режиме работы структурных подразделений, о правилах вызова врача на дом и т.д.) | да | нет |
|  |  |
| - организация рабочего места | да | нет |
|  |  |
| - чистота в регистратуре | да | нет |
|  |  |
| - наличие мест для отдыха | да | нет |
|  |  |
| - обеспечение местами, оборудованными для людей с ограниченными возможностями (включая размещение информации с использованием азбуки Брайля) | да | нет |
|  |  |
| - особые решения по созданию в регистратуре комфортных для пациента условий (цветы, декоративные фонтаны, фоновая музыка и т.д.) | да | нет |
|  |  |
| - отсутствие неприятных запахов | да | нет |
|  |  |
| - общая атмосфера в регистратуре | да | нет |
|  |  |
| 3. | Организация труда регистраторов | - компетентность | да | нет |
|  |  |
| - вежливость | да | нет |
|  |  |
| - коммуникативные навыки (в том числе с людьми с ограниченными возможностями)/грамотная речь | да | нет |
|  |  |
| - внешний вид /опрятность/аккуратность/тактичность регистратора | да | нет |
|  |  |
| - отзывчивость/внимательность | да | нет |
|  |  |
| - скорость оказания консультаций регистраторами лично/ по телефону | да | нет |
|  |  |
| 4. | Организация времени | - скорость оформления документов (справок, направлений, рецептов и т.д.) | да | нет |
|  |  |
| - учет рационального использования времени пациента | да | нет |
| 5. | Общая оценка работы регистрату-ры | - был ли решен Ваш вопрос | да | нет |
|  |  |
| - удовлетворенность работой регистратуры | да | нет |
|  |  |

Укажите наименование поликлиники: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_