



## АНКЕТА

учета мнения жителей  
о записи на прием к врачу

**Уважаемый житель Санкт-Петербурга!**

**Для Комитета по здравоохранению очень важно Ваше мнение о доступности и качестве записи на прием к врачу. Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы.**

**Для выбора ответа поставьте крестик или другой знак в поле рядом с ответом**

**1. Какие способы записи на прием к врачу Вы используете?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> по телефону районного центра записи на прием к врачу | <input type="checkbox"/> через регистратуру |
| <input type="checkbox"/> через интернет                                       | <input type="checkbox"/> через инфомат      |
| <input type="checkbox"/> через мобильное приложение                           |   |

**2. Какой способ записи на прием к врачу Вам наиболее удобен?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> по телефону районного центра записи на прием к врачу | <input type="checkbox"/> через регистратуру |
| <input type="checkbox"/> через интернет                                       | <input type="checkbox"/> через инфомат      |
| <input type="checkbox"/> через мобильное приложение                           |   |

**3. Удалось ли Вам попасть к врачу в назначенное время?**

- |                             |   |   |  |
|-----------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> ожидал до 15 мин | <input type="checkbox"/> ожидал 15-30 мин | <input type="checkbox"/> ожидал более 30 мин |
|-----------------------------|---|---|--|

**4. При записи на прием к врачу по телефону Вы дозвонились до оператора районного центра записи:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> с первого раза | <input type="checkbox"/> со второго раза | <input type="checkbox"/> с третьего и более раз |
|---|--|---|

**5. При отсутствии талона на прием к врачу Вам предлагали записаться в журнал отложенной записи**

- |                                 |                                 |                                  |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> всегда | <input type="checkbox"/> иногда | <input type="checkbox"/> никогда |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

**6. Ваш пол**

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> мужской | <input type="checkbox"/> женский |
|----------------------------------|----------------------------------|

**7. Ваш возраст (полных лет)**

**8. Район проживания**

**Благодарим Вас за участие!**