

Исследование субъективных оценок лечения (для взрослых) Print PDF as needed. Do not photocopy!


Округ/поставщик услуг (заполняется представителем)

 CalOMS Provider ID (required)

 Program Reporting Unit (if required by your county):



Treatment Setting (required): OP/IOP Residential OTP/NTP Detox/WM (standalone) Partial hospitalization



- Просим ответить на нижеуказанные вопросы о ваших впечатлениях об обслуживании по этой программе.
- Если вопрос касается чего-либо, с чем вы не сталкивались, пометьте кружок «Не применимо».
- **НЕ ПИШИТЕ НА ЭТОМ БЛАНКЕ СВОЕ ИМЯ.**
- Ваши ответы должны считываться компьютером. Для этого просим вас использовать авторучку, заполнять кружок полностью и на каждый вопрос выбирать только один ответ.

	Полностью согласен	Согласен	Отношусь нейтрально	Не согласен	Совсем не согласен	Не применимо
1. Местоположение было удобным (общественный транспорт, расстояние, парковка и т.д.).	<input type="radio"/>					
2. Услуги предоставлялись по мере их потребности.	<input type="radio"/>					
3. Я выбрал цели лечения с помощью моего поставщика услуг.	<input type="radio"/>					
4. Персонал предоставлял мне достаточно времени для сеансов лечения.	<input type="radio"/>					
5. Персонал относился ко мне с уважением.	<input type="radio"/>					
6. Персонал разговаривал со мной понятно и доходчиво.	<input type="radio"/>					
7. Персонал относился с уважением к моим культурологическим особенностям (раса, религия, язык и т.д.).	<input type="radio"/>					
8. Для поддержания моего здоровья персонал работает здесь с моими поставщиками медицинских услуг.	<input type="radio"/>					
9. Для поддержания моего здоровья персонал работает здесь с моими поставщиками услуг в области психического здоровья.	<input type="radio"/>					
10. В результате оказанных услуг у меня все стало получаться лучше.	<input type="radio"/>					
11. Отношение ко мне было дружелюбным.	<input type="radio"/>					
12. В целом я удовлетворен оказанными мне услугами.	<input type="radio"/>					
13. Я смог получить всю необходимую мне помощь и услуги.	<input type="radio"/>					
14. Я бы рекомендовал это агентство другу и члену семьи.	<input type="radio"/>					

Комментарии

Просим не вписывать какую-либо информацию, которая могла бы идентифицировать вас, в том числе ваши имя/фамилию, номер телефона и прочее.

Просим ответить на следующие вопросы

- Как долго вы пользовались здесь услугами
 - Первое посещение/день
 - До 2 недель
 - Свыше 2 недель
- Половая принадлежность (укажите, что применимо)
 - Жен.
 - Муж.
 - Трансгендер
 - Иная гендерная идентичность
 - Отказ от ответа
- Расовая/этническая принадлежность (укажите, что применимо)
 - Американский индеец/коренной житель Аляски
 - латиноамериканец
 - Прочее
 - Азиат
 - Гаваец/регион тихоокеанских островов
 - Неизвестно
 - Афроамериканец
 - Белый
- Возрастной диапазон
 - 18-25
 - 26-35
 - 36-45
 - 46-55
 - 56+

Благодарим за затрату вашего времени на ответы!

53307

