

**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

Пожалуйста, ответьте на эти вопросы о своем опыте в этой программе, чтобы помочь улучшить услуги. Ваши ответы будут конфиденциальными и не повлияют на услуги, которые вы получаете сейчас или будете получать в будущем.

Если вопрос касается чего-либо, с чем вы не сталкивались, пометьте кружок «Не применимо».

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



3931



15. Вспомните о полученных услугах, какая часть из них была через telehealth (по телефону или через видео-конференцию)?

- Нисколько Очень мало Примерно половина Почти все Все

16. Пожалуйста, сообщите нам свои замечания. Что было самым полезным в этой программе? Что бы вы поменяли в этой программе?

Пожалуйста, не пишите никакой идентифицирующей вас информации. Например, НЕ ПИШИТЕ свое имя или номер телефона.

Теперь расскажите немного о себе.

17. Как долго вы пользовались здесь услугами

- Первое посещение/день До 2 недель Свыше 2 недель

18. Половая принадлежность (укажите, что применимо)

- Жен Муж Трансгендер Иная гендерная идентичность

19. Расовая/этническая принадлежность (укажите, что применимо)

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Американский индеец/коренной житель Аляски | <input type="radio"/> Белый |
| <input type="radio"/> Азиат | <input type="radio"/> Прочее |
| <input type="radio"/> Афроамериканец | <input type="radio"/> Неизвестно |
| <input type="radio"/> Мексиканец/латиноамериканец | |
| <input type="radio"/> Гаваец/регион тихоокеанских островов | |

20. Возрастной диапазон 18-25 26-35 36-45 46-55 56+

Благодарим за затрату вашего времени на ответы!

3931

