

(для взрослых)

County / Provider Use

Only

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 участия в этой программе, чтобы помочь улучшить обслуживание. Используйте ответ «Неприменимо», если вопрос касается чего-то, с чем вы не сталкивались. Ваши ответы конфиденциальны и не повлияют на ваше текущее.

- Пожалуйста, заполните кружки полностью.



Верный



Неверно



Полностью согласен

Согласен

Отношусь нейтрально

Не согласен

Совсем не согласен

Не применимо

1. Местоположение было удобным (общественный транспорт, расстояние, парковка и т.д.).
 2. Услуги предоставлялись по мере их потребности.
 3. Я выбрал цели лечения с помощью моего поставщика услуг.
 4. Персонал предоставлял мне достаточно времени для сеансов лечения.

5. Персонал относился ко мне с уважением.
 6. Персонал разговаривал со мной понятно и доходчиво.
 7. Персонал относился с уважением к моим культурологическим особенностям (раса, религия, язык и т.д.).
 8. Отношение ко мне было дружелюбным.

9. В результате оказанных услуг у меня все стало получаться лучше.
 10. Благодаря услугам, которые я получаю, я чувствую меньшую тягу к наркотикам и алкоголю.
 11. Для поддержания моего здоровья персонал работает здесь с моими поставщиками медицинских услуг.
 12. Для поддержания моего здоровья персонал работает здесь с моими поставщиками услуг в области психического здоровья.

13. Сотрудники здесь помогли мне получить доступ к другим услугам по мере необходимости (социальные службы, жилье и т.д.).
 14. В целом я удовлетворен оказанными мне услугами.
 15. Я смог получить всю необходимую мне помощь и услуги.
 16. Я бы рекомендовал это агентство другу и члену семьи.

17. 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
 18. Насколько полезными были ваши телемедицинские консультации по сравнению с традиционными личными визитами?
☐ Намного лучше ☐ Несколько лучше ☐ Примерно такой же ☐ Несколько хуже ☐ Не применимо

19. Пожалуйста, оставьте дополнительные комментарии о вашем опыте лечения. **НЕ** указывайте никакой информации, по которой вас можно было бы идентифицировать, например, **НЕ** указывайте свое имя или номер телефона. **НЕ** используйте это поле для сообщения о чрезвычайной или кризисной ситуации. Для получения немедленной помощи обратитесь к своему лечащему врачу или позвоните по номеру 911.

Теперь расскажите немного о себе.

20. Укажите ваш пол.

☐ Мужской ☐ Женский

21. Возрастной диапазон:

☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45
☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65+

22. Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения?

☐ да ☐ Нет ☐ Неизвестно

23. Расовая/этническая принадлежность (Пожалуйста, выберите все относящиеся):

☐ Американский индеец/происхождением из Аляски
☐ Белый / европеоидная раса ☐ Другая раса
☐ Темнокожий/афроамериканец ☐ Азиат
☐ Гаваец/регион тихоокеанских островов ☐ Неизвестно

25854

Благодарим за затрату вашего времени на ответы!