

# Опрос о впечатлениях от пребывания в больнице

## ИНСТРУКЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОПРОСА

- ◆ Этот опрос содержит информацию о вас и о качестве медицинского обслуживания, которое вы получили во время пребывания в больнице, указанной в сопроводительном письме.
- ◆ Ответьте на все вопросы, отметив ячейку слева от вашего ответа.
- ◆ Иногда вам будет предложено пропустить некоторые вопросы данной анкеты. При этом вы увидите стрелку с примечанием о том, на какой вопрос вам следует отвечать дальше, например:
  - Да
  - Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 1

*На этой анкете вы можете увидеть номер. Этот номер используется, чтобы сообщить нам о том, что вы вернули свою анкету и нам не нужно посылать вам напоминания. Внимание: Вопросы 1-32 в данном опросе являются частью национальной инициативы с целью оценки качества медицинского обслуживания в больницах. OMB №0938-0981 (срок истекает 30 ноября 2027 г.)*

Пожалуйста, ответьте на вопросы этой анкеты о данном пребывании в больнице, указанной в сопроводительном письме. Не включайте в свои ответы информацию о каких-либо других пребываниях в больнице.

### МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ МЕДСЕСТРАМИ

1. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры относились к вам вежливо и уважительно?
- Никогда
  - Иногда
  - Как правило
  - Всегда

2. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры внимательно вас выслушивали?
- Никогда
  - Иногда
  - Как правило
  - Всегда
3. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры давали вам понятные объяснения?
- Никогда
  - Иногда
  - Как правило
  - Всегда

## МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ ВРАЧАМИ

4. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи относились к вам вежливо и уважительно?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда
5. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи внимательно вас выслушивали?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда
6. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи давали вам понятные объяснения?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда

## БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА

7. Во время данного пребывания в больнице как часто в вашей комнате и туалете проводили уборку?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда

8. Во время данного пребывания в больнице как часто вам удавалось отдохнуть, когда вам это было необходимо?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда
9. Во время данного пребывания в больнице как часто возле вашей комнаты соблюдалась тишина в ночное время?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда

## МЕДИЦИНСКИЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЙ ВАМ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ

10. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи, медсестры и другой персонал владели общей и актуальной информацией о том, какой медицинский уход вы должны получать?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда

11. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи, медсестры и другой персонал демонстрировали слаженную совместную работу при предоставлении вам медицинского ухода?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

12. Во время данного пребывания в больнице требовалась ли вам помощь медсестер или другого персонала больницы для сопровождения вас в туалет или при использовании подкладного судна?

- Да
- Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 14

13. Как часто вы получали помощь для сопровождения вас в туалет или при использовании подкладного судна по первому требованию?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

14. Во время данного пребывания в больнице как часто после вашего обращения за срочной помощью вы получали ее максимально быстро?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда
- Я никогда не обращался(-лась) за срочной помощью

15. Во время данного пребывания в больнице давали ли вам какие-либо лекарства, которые вы не принимали до этого?

- Да
- Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 18

16. Прежде чем дать вам новое лекарство, как часто персонал больницы объяснял вам, для чего оно?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

17. Прежде чем дать вам новое лекарство, как часто персонал больницы описывал возможные побочные действия понятным вам способом?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

18. Во время данного пребывания в больнице помогали ли вам отдыхать и восстанавливаться врачи, медсестры и другой персонал?

- Определенно, да
- Да, в некоторой степени
- Нет

### ВЫПИСКА ИЗ БОЛЬНИЦЫ

19. Взаимодействовали ли ваши врачи, медсестры или другой персонал с вами и с членами вашей семьи или с ухаживающим за вами человеком, чтобы проработать программу дальнейшего ухода за вами после выписки из больницы?

- Определенно, да
- Да, в некоторой степени
- Нет

20. Предоставили ли ваши врачи, медсестры или другой персонал членам вашей семьи или ухаживающему за вами человеку достаточно информации о том, на какие симптомы или проблемы со здоровьем следует обращать внимание после выписки из больницы?

- Определенно, да
- Да, в некоторой степени
- Нет
- У меня не было членов семьи или ухаживающего за мной человека, которые следили бы за моими симптомами или проблемами со здоровьем

21. Когда вы вышли из больницы, вы сразу направились к себе домой, домой к другому человеку или в другое медицинское учреждение?

- К себе домой
- Домой к другому человеку
- В другое медицинское учреждение → Если «В другое», перейдите к вопросу 24

22. Во время данного пребывания в больнице интересовались ли у вас врачи, медсестры или другие сотрудники больницы тем, будет ли вам предоставлена требуемая помощь после выписки из больницы?

- Да
- Нет

23. Во время данного пребывания в больнице получали ли вы информацию в письменной форме о симптомах и возможных проблемах со здоровьем, на которые вам следует обратить внимание после выписки из больницы?

- Да
- Нет

## ОБЩИЙ РЕЙТИНГ БОЛЬНИЦЫ

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы опроса о данном пребывании в больнице, указанной в сопроводительном письме. Не включайте в свои ответы информацию о каких-либо других пребываниях в больнице.

24. Используя цифры от 0 до 10, где 0 обозначает самую худшую больницу, а 10 – самую лучшую больницу, какую цифру вы бы поставили для оценки данной больницы во время вашего пребывания в ней?

- 0 Самая худшая больница из возможных
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Самая лучшая больница из возможных

25. Рекомендовали бы вы данную больницу вашим друзьям и родственникам?

- Определенно нет
- Возможно нет
- Возможно да
- Определенно да

## О ВАС

Осталось только несколько пунктов.

26. Планировалось ли заранее данное пребывание в больнице?

- Определенно, да
- Да, в некоторой степени
- Нет

27. В целом, как бы вы оценили ваше общее состояние здоровья?

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Плохое

28. Как бы вы в целом оценили ваше психическое или эмоциональное состояние?

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Плохое

29. На каком языке вы в основном говорите дома?

- Английский
- Испанский
- Китайский
- Другой язык

30. Укажите последний класс или уровень учебного заведения, которое вы закончили?

- 8-й класс или меньше
- Средняя школа, не закончил (а)
- Выпускник средней школы либо диплом об общем образовании
- Колледж или диплом о двухгодичном обучении
- Выпускник колледжа четырехгодичного обучения
- Выпускник колледжа более 4-х лет обучения

31. Вы испанец, испано- или латиноамериканец по происхождению?

- Нет, не испанец/испано-/латиноамериканец
- Да, кубинец
- Да, мексиканец, американец мексиканского происхождения, чикано
- Да, пуэрториканец
- Да, другое, испанец/испано-/латиноамериканец

32. Ваша раса? Пожалуйста, выберите один или более пунктов.

- Американский индеец или уроженец Аляски
- Азиат
- Чернокожий или афроамериканец
- Уроженец Гавайских островов или островов Тихого океана
- Белый

*NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, LIMIT OF 12, THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT MUST BE PLACED IMMEDIATELY BEFORE THE SUPPLEMENTAL QUESTION(S).*

---

## БЛАГОДАРИМ ВАС

Пожалуйста, верните заполненную форму опроса в оплаченном почтовом конверте.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

Вопросы 1–32 разработаны правительством США, находятся в открытом доступе и по этой причине НЕ подпадают под действие законов США об авторских правах.

# Опрос о впечатлениях от пребывания в больнице

## ИНСТРУКЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОПРОСА

- ◆ Этот опрос содержит информацию о вас и о качестве медицинского обслуживания, которое вы получили во время пребывания в больнице, указанной в сопроводительном письме.
- ◆ Ответьте на все вопросы, полностью зарисовав кружок слева от вашего ответа.
- ◆ Иногда вам будет предложено пропустить некоторые вопросы данной анкеты. При этом вы увидите стрелку с примечанием о том, на какой вопрос вам следует отвечать дальше, например:
  - Да
  - Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 1

*На этой анкете вы можете увидеть номер. Этот номер используется, чтобы сообщить нам о том, что вы вернули свою анкету и нам не нужно посылать вам напоминания. Внимание: Вопросы 1-32 в данном опросе являются частью национальной инициативы с целью оценки качества медицинского обслуживания в больницах. ОМВ №0938-0981 (срок истекает 30 ноября 2027 г.)*

Пожалуйста, ответьте на вопросы этой анкеты о данном пребывании в больнице, указанной в сопроводительном письме. Не включайте в свои ответы информацию о каких-либо других пребываниях в больнице.

### МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ МЕДСЕСТРАМИ

1. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры относились к вам вежливо и уважительно?
- Никогда
  - Иногда
  - Как правило
  - Всегда

2. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры внимательно вас выслушивали?
- Никогда
  - Иногда
  - Как правило
  - Всегда
3. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры давали вам понятные объяснения?
- Никогда
  - Иногда
  - Как правило
  - Всегда

## МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ ВРАЧАМИ

4. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи относились к вам вежливо и уважительно?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда
5. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи внимательно вас выслушивали?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда
6. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи давали вам понятные объяснения?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда

## БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА

7. Во время данного пребывания в больнице как часто в вашей комнате и туалете проводили уборку?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда

8. Во время данного пребывания в больнице как часто вам удавалось отдохнуть, когда вам это было необходимо?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда
9. Во время данного пребывания в больнице как часто возле вашей комнаты соблюдалась тишина в ночное время?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда

## МЕДИЦИНСКИЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЙ ВАМ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ

10. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи, медсестры и другой персонал владели общей и актуальной информацией о том, какой медицинский уход вы должны получать?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда



11. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи, медсестры и другой персонал демонстрировали слаженную совместную работу при предоставлении вам медицинского ухода?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

12. Во время данного пребывания в больнице требовалась ли вам помощь медсестер или другого персонала больницы для сопровождения вас в туалет или при использовании подкладного судна?

- Да
- Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 14

13. Как часто вы получали помощь для сопровождения вас в туалет или при использовании подкладного судна по первому требованию?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

14. Во время данного пребывания в больнице как часто после вашего обращения за срочной помощью вы получали ее максимально быстро?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда
- Я никогда не обращался(-лась) за срочной помощью

15. Во время данного пребывания в больнице давали ли вам какие-либо лекарства, которые вы не принимали до этого?

- Да
- Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 18

16. Прежде чем дать вам новое лекарство, как часто персонал больницы объяснял вам, для чего оно?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

17. Прежде чем дать вам новое лекарство, как часто персонал больницы описывал возможные побочные действия понятным вам способом?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

18. Во время данного пребывания в больнице помогали ли вам отдыхать и восстанавливаться врачи, медсестры и другой персонал?

- Определенно, да
- Да, в некоторой степени
- Нет

### ВЫПИСКА ИЗ БОЛЬНИЦЫ

19. Взаимодействовали ли ваши врачи, медсестры или другой персонал с вами и с членами вашей семьи или с ухаживающим за вами человеком, чтобы проработать программу дальнейшего ухода за вами после выписки из больницы?

- Определенно, да
- Да, в некоторой степени
- Нет

20. Предоставили ли ваши врачи, медсестры или другой персонал членам вашей семьи или ухаживающему за вами человеку достаточно информации о том, на какие симптомы или проблемы со здоровьем следует обращать внимание после выписки из больницы?

- Определенно, да
- Да, в некоторой степени
- Нет
- У меня не было членов семьи или ухаживающего за мной человека, которые следили бы за моими симптомами или проблемами со здоровьем

21. Когда вы вышли из больницы, вы сразу направились к себе домой, домой к другому человеку или в другое медицинское учреждение?

- К себе домой
- Домой к другому человеку
- В другое медицинское учреждение → Если «В другое», перейдите к вопросу 24

22. Во время данного пребывания в больнице интересовались ли у вас врачи, медсестры или другие сотрудники больницы тем, будет ли вам предоставлена требуемая помощь после выписки из больницы?

- Да
- Нет

23. Во время данного пребывания в больнице получали ли вы информацию в письменной форме о симптомах и возможных проблемах со здоровьем, на которые вам следует обратить внимание после выписки из больницы?

- Да
- Нет

## ОБЩИЙ РЕЙТИНГ БОЛЬНИЦЫ

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы опроса о данном пребывании в больнице, указанной в сопроводительном письме. Не включайте в свои ответы информацию о каких-либо других пребываниях в больнице.

24. Используя цифры от 0 до 10, где 0 обозначает самую худшую больницу, а 10 – самую лучшую больницу, какую цифру вы бы поставили для оценки данной больницы во время вашего пребывания в ней?

- 0 Самая худшая больница из возможных
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Самая лучшая больница из возможных

25. Рекомендовали бы вы данную больницу вашим друзьям и родственникам?

- Определенно нет
- Возможно нет
- Возможно да
- Определенно да

## О ВАС

Осталось только несколько пунктов.

26. Планировалось ли заранее данное пребывание в больнице?

- Определенно, да
- Да, в некоторой степени
- Нет

27. В целом, как бы вы оценили ваше общее состояние здоровья?

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Плохое

28. Как бы вы в целом оценили ваше психическое или эмоциональное состояние?

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Плохое

29. На каком языке вы в основном говорите дома?

- Английский
- Испанский
- Китайский
- Другой язык

30. Укажите последний класс или уровень учебного заведения, которое вы закончили?

- 8-й класс или меньше
- Средняя школа, не закончил (а)
- Выпускник средней школы либо диплом об общем образовании
- Колледж или диплом о двухгодичном обучении
- Выпускник колледжа четырехгодичного обучения
- Выпускник колледжа более 4-х лет обучения

31. Вы испанец, испано- или латиноамериканец по происхождению?

- Нет, не испанец/испано-/латиноамериканец
- Да, кубинец
- Да, мексиканец, американец мексиканского происхождения, чикано
- Да, пуэрториканец
- Да, другое, испанец/испано-/латиноамериканец

32. Ваша раса? Пожалуйста, выберите один или более пунктов.

- Американский индеец или уроженец Аляски
- Азиат
- Чернокожий или афроамериканец
- Уроженец Гавайских островов или островов Тихого океана
- Белый

*NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, LIMIT OF 12, THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT MUST BE PLACED IMMEDIATELY BEFORE THE SUPPLEMENTAL QUESTION(S).*

---

## БЛАГОДАРИМ ВАС

Пожалуйста, верните заполненную форму опроса в оплаченном почтовом конверте.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

Вопросы 1–32 разработаны правительством США, находятся в открытом доступе и по этой причине НЕ подпадают под действие законов США об авторских правах.

## Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey

Use this letter for the following modes:

- **Mail Only** (first survey mailing for all sampled patients)
- **Mail-Phone** (first and only survey mailing for all sampled patients)
- **Web-Mail** (first survey mailing for sampled patients with no email address)
- **Web-Mail-Phone** (first and only survey mailing for sampled patients with no email address)

---

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Уважаемый(-ая) [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]:

Наши данные показывают, что Вы недавно были пациентом [HOSPITAL NAME] и были выписаны [MM/DD/YYYY]. Поскольку Вы недавно лечились в больнице, мы просим Вас о помощи.

Прилагаемая анкета является частью инициативы, направленной на понимание того, как пациенты относятся к полученному ими в больнице обслуживанию. Опрос проводится при финансовой поддержке Министерства здравоохранения и социальных служб США (United States Department of Health and Human Services). Участие в опросе займет у Вас приблизительно [NUMBER] минут.

Ваше участие в данном опросе является добровольным. Мы гарантируем полную конфиденциальность Ваших ответов. Результаты данного опроса помогут другим людям в выборе больницы, а больницам — в улучшении качества предоставляемых услуг. Результаты опроса будут опубликованы в Интернете в открытом доступе в разделе Care Compare на портале [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/care-compare) ([www.medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare)).

После того как Вы заполните данную форму опроса, пожалуйста, верните ее в предварительно оплаченном конверте. Если у Вас возникнут какие-либо вопросы в отношении прилагаемой анкеты, позвоните по (OPTIONAL TO STATE бесплатному) номеру: [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE или отправьте нам сообщение по адресу: [EMAIL ADDRESS]).

Мы очень признательны за Вашу помощь в улучшении качества медицинского обслуживания.

С уважением,

[PLACE SIGNATURE HERE]

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]



## Sample Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey

Use this letter for the following modes:

- **Mail Only** (second survey mailing for sampled patients who did not complete the first mail wave survey)
- **Web-Mail** (first survey mailing for sampled patients with email address who did not previously complete the web survey; second survey mailing for sampled patients with or without an email address who did not complete the first mail wave survey)
- **Web-Mail-Phone** (first and only survey mailing for sampled patients with email address who did not previously complete the web survey)

---

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Уважаемый(-ая) [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]:

Недавно мы обратились к Вам с просьбой оставить отзыв о Вашем пребывании в больнице [NAME OF HOSPITAL], из которой Вы были выписаны [MM/DD/YYYY]. Если Вы уже отправили нам заполненную анкету, примите нашу благодарность и не обращайте внимания на это письмо. Однако если Вы ее все еще не заполнили, пожалуйста, уделите несколько минут на то, чтобы сделать это сейчас.

Прилагаемая анкета является частью инициативы, направленной на понимание того, как пациенты относятся к полученному ими в больнице обслуживанию. Опрос проводится при финансовой поддержке Министерства здравоохранения и социальных служб США (United States Department of Health and Human Services). Участие в опросе займет у Вас приблизительно [NUMBER] минут.

Ваше участие в данном опросе является добровольным. Мы гарантируем полную конфиденциальность Ваших ответов. Результаты данного опроса помогут другим людям в выборе больницы, а больницам — в улучшении качества предоставляемых услуг. Результаты опроса будут опубликованы в Интернете в открытом доступе в разделе Care Compare на портале [Medicare.gov](http://www.medicare.gov) ([www.medicare.gov/care-compare](http://www.medicare.gov/care-compare)).

После того как Вы заполните данную форму опроса, пожалуйста, верните ее в предварительно оплаченном конверте. Если у Вас возникнут какие-либо вопросы в отношении прилагаемой анкеты, позвоните по (OPTIONAL TO STATE бесплатному) номеру: [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE или отправьте нам сообщение по адресу: [EMAIL ADDRESS]).

Мы очень признательны за Вашу помощь в улучшении качества медицинского обслуживания.

С уважением,

[PLACE SIGNATURE HERE]

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]





## Survey and Cover Letter Required Language

*For the full set of requirements for the HCAHPS Survey questionnaire and cover letters, please see the HCAHPS Quality Assurance Guidelines, Mail Only, Mail-Phone, Web-Mail and Web-Mail-Phone Survey Administration chapters.*

### Verbatim Language on the Cover Letters

*The following sentences must appear verbatim on each cover letter:*

1. Опрос проводится при финансовой поддержке Министерства здравоохранения и социальных служб США (United States Department of Health and Human Services). Участие в опросе займет у Вас приблизительно [NUMBER] минут.
2. Ваше участие в данном опросе является добровольным. Мы гарантируем полную конфиденциальность Ваших ответов.
3. Результаты данного опроса помогут другим людям в выборе больницы, а больницам — в улучшении качества предоставляемых услуг. Результаты опроса будут опубликованы в Интернете в открытом доступе в разделе Care Compare на портале [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/care-compare) ([www.medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare)).
4. Мы очень признательны за Вашу помощь в улучшении качества медицинского обслуживания.

*Note: The [NUMBER] of minutes to answer the HCAHPS Survey questions 1-32 should equal “8.” If hospital-specific supplemental items (limit of 12) are added, the [NUMBER] of minutes should be populated as follows:*

- *If 1 to 5 supplemental items are added, “[NUMBER]” should equal “9”*
- *If 6 to 9 supplemental items are added, “[NUMBER]” should equal “10”*
- *If 10 to 12 supplemental items are added, “[NUMBER]” should equal “11”*

### OMB Paperwork Reduction Act Language

*The OMB Paperwork Reduction Act language must appear verbatim either on the front or back of the questionnaire (preferred) or cover letter, but cannot be a separate mailing. The following is the language that must be used:*

В соответствии с Постановлением о сокращении документооборота от 1995 г. никто не обязан предоставлять сведения, если на форме опроса не указан действующий контрольный номер ОМВ. Действующий контрольный номер ОМВ для данного опроса — 0938-0981 (срок истекает 30 ноября 2027 г.). Для того чтобы ответить на вопросы 1–32, в среднем требуется 8 минут, включая время для просмотра инструкций, поиска существующих данных, сбора необходимых данных и заполнения и проверки анкеты. Если у Вас есть какие-либо комментарии в отношении точности предлагаемого ориентировочного времени или предложения по улучшению данной анкеты, просьба написать по адресу: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

### **Mandatory Transition Statement if Supplemental Items Are Added**

*The mandatory transition statement must be placed in the questionnaire immediately before the supplemental question(s), limit of 12, to indicate a transition from the HCAHPS questions (Questions 1-32) to the hospital-specific supplemental question(s).*

Вопросы 1–32 данного опроса используются Министерством здравоохранения и социальных служб США для оценки качества. Все дополнительные вопросы включены в анкету больницей [NAME OF HOSPITAL] с целью получения дополнительных отзывов о Вашем пребывании в больнице, и ответы на них не будут переданы в Министерство здравоохранения и социальных служб США.

### **Unique Identifier Language**

*The following language indicates the purpose of the unique identifier. This language must be printed either immediately after the survey instructions on the questionnaire (preferred) or on the cover letter, and may appear on both:*

На этой анкете вы можете увидеть номер. Этот номер используется, чтобы сообщить нам о том, что вы вернули свою анкету и нам не нужно посылать вам напоминания.

### **Copyright Statement**

*The following copyright statement must be included on the last page of the questionnaire:*

Вопросы 1–32 разработаны правительством США, находятся в открытом доступе и по этой причине НЕ подпадают под действие законов США об авторских правах.