

## АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями

<b>В какой филиал ГАУЗ НО «ОСП» Вы обращались:</b> _____	
Месяц, год текущий _____	
<b>1. Причина, по которой Вы обратились в медицинскую организацию?</b>	
заболевание	
травма	
диспансеризация	
профосмотр (по направлению работодателя)	
получение справки (для бассейна, для водительского удостоверения и т.д.)	
закрытие листка нетрудоспособности	
<b>2. Ваше обслуживание в медицинской организации?</b>	
за счет ОМС	
за счет ДМС	
на платной основе	
<b>3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?</b>	
нет	
да	
<b>Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?</b>	
I группа	
II группа	
III группа	
<b>Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?</b>	
да	
нет	
отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта	
отсутствие пандусов, поручней	
отсутствие электрических подъемников	
отсутствие специальных лифтов	
отсутствие голосовых сигналов	
отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов	
отсутствие информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля	
отсутствие специально оборудованного туалета	
<b>4. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача)?</b>	
да	
нет	
<b>5. Вы записались на прием к врачу?</b>	
по телефону	
с использованием сети Интернет	

в регистратуре лично	
лечащим врачом на приеме при посещении	
<b>6. Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?</b>	
10 дней	
9 дней	
8 дней	
7 дней	
5 дней	
меньше 5 дней	
<b>7. Врач Вас принял во время, установленное по записи?</b>	
да	
нет	
<b>8. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?</b>	
да	
нет	
<b>Что не удовлетворяет?</b>	
отсутствие свободных мест ожидания	
состояние гардероба	
состояние туалета	
отсутствие питьевой воды	
санитарные условия	
<b>9. Перед посещением врача Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?</b>	
нет	
да	
<b>Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?</b>	
да	
нет	
<b>10. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?</b>	
нет	
да	
<b>Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?</b>	
да	
нет	

<b>11. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра) (ФИО, график работы, № кабинета и др.)?</b>	
да	
нет	
<b>12. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру)?</b>	
раз в месяц	
раз в квартал	
раз в полугодие	
раз в год	
не обращаюсь	
<b>13. Вы удовлетворены обслуживанием у участкового терапевта (педиатра) (доброжелательность, вежливость)?</b>	
да	
нет	
<b>14. Удовлетворены ли вы компетентностью участкового врача (педиатра)?</b>	
да	
нет	
Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья	
Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации	
Вам не дали выписку	
Вам не выписали рецепт	
<b>15. Как часто Вы обращаетесь к узким специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог и др.)?</b>	
раз в месяц	
раз в квартал	
раз в полугодие	
раз в год	
не обращаюсь	
<b>16. Вы удовлетворены обслуживанием у узких специалистов (доброжелательность, вежливость)?</b>	
да	
нет	
<b>17. Удовлетворены ли вы компетентностью узких специалистов?</b>	
да	
нет	
Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья	
Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации	
Вам не дали выписку	
Вам не выписали рецепт	
<b>18. Срок ожидания диагностического исследования (диагностические инструментальные и лаб. исследования) с</b>	

<b>момента получения направления</b>	
10 дней	
9 дней	
8 дней	
7 дней	
5 дней	
меньше 5 дней	
<b>19. Срок ожидания диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?</b>	
30 дней	
29 дней	
28 дней	
27 дней	
15 дней	
меньше 15 дней	
<b>20. Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?</b>	
да	
нет	
<b>21. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?</b>	
да	
нет	
<b>22. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?</b>	
да	
нет	
<b>23. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?</b>	
нет	
да	
<b>Кто был инициатором благодарения?</b>	
я сам (а)	
персонал медицинской организации	
<b>Форма благодарения:</b>	
письменная благодарность (в журнале, на сайте)	
цветы	
подарки	
услуги	
деньги	