

АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями
в амбулаторных условиях

(врачом - терапевтом участковым, врачом - педиатром участковым, врачом общей практики)

Наименование медицинской организации

1. Вы обратились в медицинскую организацию?

- ☐ к врачу-терапевту участковому
☐ к врачу-педиатру участковому
☐ к врачу общей практики (семейному врачу)

2. Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) у участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача)?

☐ да ☐ нет

3. Удовлетворены ли Вы компетентностью участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача)?

☐ да

☐ нет \Rightarrow Что именно Вас не

удовлетворило?

☐ Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

☐ Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

☐ Вам не дали выписку

☐ Вам не выписали рецепт ☐ Другое

4. Форма обращения

☐ на прием ☐ вызов на дом

5. Время ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием?

- ☐ 24 часа и более ☐ 12 часов
☐ 8 часов ☐ 6 часов
☐ 3 часа ☐ менее 1 часа

6. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача)?

☐ да \Rightarrow Вы записались на прием к

врачу (вызвали врача на дом)?

- ☐ по телефону
☐ с использованием сети Интернет
☐ в регистратуре лично
☐ лечащим врачом на приеме при посещении

☐ нет \Rightarrow По какой причине

- ☐ не дозвонился
☐ не было талонов
☐ не было технической возможности записаться в электронном виде
☐ другое

7. Врач Вас принял во время, установленное по записи?

☐ да

☐ нет

8. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?

☐ нет

☐ да \Rightarrow Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?

☐ да ☐ нет

9. Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

☐ нет

☐ да \Rightarrow Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?

☐ да ☐ нет

10. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?

☐ да

☐ нет \Rightarrow Что не удовлетворяет?

- ☐ отсутствие свободных мест ожидания
☐ состояние гардероба
☐ состояние туалета
☐ отсутствие питьевой воды
☐ санитарные условия
☐ отсутствие мест для детских колясок

11. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

☐ нет

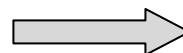
☐ да \Rightarrow Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- ☐ I группа
☐ II группа
☐ III группа
☐ ребенок-инвалид

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

☐ да

☐ нет \Rightarrow Пожалуйста, укажите что именно отсутствует



- ☐ отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов
- ☐ отсутствие пандусов, поручней
- ☐ отсутствие подъемных платформ (аппарелей)
- ☐ отсутствие адаптированных лифтов
- ☐ отсутствие сменных кресел-колясок
- ☐ отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов, голосовых сигналов
- ☐ отсутствие информации шрифтом Брайля
- ☐ отсутствие доступных санитарно-гигиенических помещений
- ☐ отсутствие сопровождающих работников

12. Вы ожидали проведения диагностического исследования (инструментального, лабораторного) с момента получения направления на диагностическое исследование?

- ☐ не назначалось
- ☐ 14 календарных дней и более
- ☐ 13 календарных дней
- ☐ 12 календарных дней
- ☐ 10 календарных дней
- ☐ 7 календарных дней
- ☐ менее 7 календарных дней

Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?

- ☐ да
- ☐ нет

13. Вы ожидали проведения диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование?

- ☐ не назначалось
- ☐ 30 календарных дней и более
- ☐ 29 календарных дней
- ☐ 28 календарных дней
- ☐ 27 календарных дней
- ☐ 15 календарных дней
- ☐ менее 15 календарных дней

Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?

- ☐ да
- ☐ нет

14. Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет


15. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

- ☐ да
- ☐ нет

16. Ваше обслуживание в медицинской организации?

- ☐ за счет ОМС, бюджет
- ☐ за счет ДМС
- ☐ на платной основе

17. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?

- ☐ нет
- ☐ да  Характеристика комментария
 - ☐ положительный
 - ☐ отрицательный