

## АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями  
в амбулаторных условиях

Наименование медицинской организации

Текущий месяц

**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. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача) (ФИО, график работы, № кабинета и др.)?**

- да
- нет

**18. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру, врачу общей практики (семейному врачу)?**

- раз в месяц
- раз в квартал
- раз в полугодие
- раз в год
- не обращаюсь

**19. Как часто Вы обращаетесь к врачам-специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)?**

- раз в месяц
- раз в квартал
- раз в полугодие
- раз в год
- не обращаюсь

**20. 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

**21. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?**

нет

да →

*Кто был инициатором*

*благодарения?*

я сам (а)

персонал медицинской организации

*Форма благодарения*

письменная благодарность (в журнале, на сайте)

цветы

подарки

услуги

деньги