

# АНКЕТА

## для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях

Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

Субъект Российской Федерации

**Москва**

\*

Полное наименование медицинской организации

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии Департамента здравоохранения города Москвы»**

\*

Месяц, год текущий

\*

## 1. Причина, по которой Вы обратились в медицинскую организацию?

- заболевание
- травма
- диспансеризация
- профосмотр (по направлению работодателя)
- получение справки (для бассейна, для водительского удостоверения и т.д.)
- закрытие листка нетрудоспособности

## 2. Ваше обслуживание в медицинской организации?

- за счет ОМС
- за счет ДМС
- на платной основе

## 3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

- нет
- да

Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- I группа
- II группа
- III группа

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

- 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

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

- да
- нет

## 5. Вы записались на прием к врачу?

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

## 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)?

- 10 дней и более

- 9 дней
- 8 дней
- 7 дней
- 5 дней
- меньше 5 дней

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

- да
- нет

**8. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?**

- да
- нет

**Что не удовлетворяет?**

- отсутствие свободных мест ожидания
- состояние гардероба
- состояние туалета
- отсутствие питьевой воды
- санитарные условия

**9. Перед посещением врача Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?**

- нет
- да

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

- нет
- да

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

- да
- нет

**11. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра) (ФИО, график работы, N кабинета и др.)?**

- да
- нет

**12. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру)?**

- раз в месяц
- раз в квартал
- раз в полугодие
- раз в год

не обращаюсь

**13. Вы удовлетворены обслуживанием у участкового терапевта (педиатра) (доброжелательность, вежливость)?**

да

нет

**14. Удовлетворены ли Вы компетентностью участкового врача (педиатра)?**

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

**15. Как часто Вы обращаетесь к узким специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог и др.)?**

раз в месяц

раз в квартал

раз в полугодие

раз в год

не обращаюсь

**16. Вы удовлетворены обслуживанием у узких специалистов (доброжелательность, вежливость)?**

да

нет

**17. Удовлетворены ли вы компетентностью узких специалистов?**

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

**18. Срок ожидания диагностического исследования (диагностические инструментальные и лабораторные исследования) с момента получения направления на диагностическое исследование?**

10 дней и более

9 дней

8 дней

7 дней

5 дней

меньше 5 дней

**19. Срок ожидания диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование)?**

- 30 дней и более
- 29 дней
- 28 дней
- 27 дней
- 15 дней
- меньше 15 дней

**20. Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?**

- да
- нет

**21. Вы удовлетворены доброжелательностью и вежливостью работников этой медицинской организации?**

- да
- нет

**22. Вы удовлетворены компетентностью медицинских работников этой медицинской организации?**

- да
- нет

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

- да
- нет

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

- да
- нет

**25. 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