

Уважаемый житель!  
Приглашаем Вас принять участие в анкетировании!

**АНКЕТА**  
**для оценки качества оказания услуг медицинскими**  
**организациями в стационарных условиях**

Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

**Субъект Российской Федерации**

|  |   |
|--|---|
|  | * |
|--|---|

**Полное наименование медицинской организации**

|  |   |
|--|---|
|  | * |
|--|---|

**Месяц, год текущий**

|  |   |
|--|---|
|  | * |
|--|---|

На месте выбранного варианта ответа ставится галочка

**1. Госпитализация была:**

- плановая       экстренная

**2. Вы были госпитализированы:**

- за счет ОМС       за счет ДМС       на платной основе

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

- нет       да      *если «да», то*

Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- I группа       II группа       III группа

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

- да       нет      *если «нет», то*
- 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 специального оборудованного туалета

**4. Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?**

- нет       да      *если «да», то*

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

- да       нет

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

- нет       да      *если «да», то*

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

- да       нет

**6. В каком режиме стационара Вы проходили лечение?**

- круглосуточного пребывания       дневного стационара

**7. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?**

- да       нет      *если «нет», то*

Что не удовлетворяет?

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

**8. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?**

до 120 мин.     до 75 мин.     до 60 мин.     до 45 мин.     до 30 мин.

**9. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)?**

да                       нет

**10. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?**

да                       нет

**11. Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?**

30 дней     29 дней     28 дней     27 дней     15 дней     меньше 15 дней

**12. Возникла ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?**

да                       нет

**13. Возникла ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?**

нет                       да                      *если «да», то*

Необходимость:

для уточнения диагноза                       с целью сокращения срока лечения

приобретение расходных материалов

**14. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?**

да                       нет                      *если «нет», то*

Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

Вам не дали выписку

**15. Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?**

да                       нет

**16. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?**

да                       нет                      *если «нет», то*

Что не удовлетворяет?

уборка помещений

медицинской организации требуется ремонт

освещение, температурный режим

в медицинской организации старая мебель

**17. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации?**

да                       нет

**18. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?**

да                       нет

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

да                       нет

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

да                       нет

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

да                       нет                      *если «да», то*

Кто был инициатором благодарения?

я сам(а)                       персонал медицинской организации

Форма благодарения:

письменная благодарность (в журнале, на сайте)

цветы

деньги

подарки

услуги