

АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями
в стационарных условиях (психиатрические больницы)

Наименование медицинской организации

1. Госпитализация была:

- экстренная
 плановая ➡

2. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?

- да
 нет ➡ *Что не удовлетворяет?*
 отсутствие свободных мест ожидания
 состояние гардероба
 состояние туалета
 отсутствие питьевой воды
 санитарные условия

3. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?

- 120 мин и более от 75 мин до 120 мин
 от 60 мин до 75 мин от 45 мин до 60 мин
 от 30 мин до 45 мин менее 30 мин

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

- да нет

5. Вы были госпитализированы?

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

6. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

- нет
 да ➡ *Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?*

- I группа
 II группа
 III группа
 ребенок-инвалид

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

- да
 нет ➡ *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

7. Перед госпитализацией 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

8. 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

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

- да нет

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

- да нет

11. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

- да
 нет ➡ *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
 Другое



12. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?

да

нет → Что не удовлетворяет?

- санитарные условия
- освещение, температурный режим
- медицинской организации требуется ремонт
- в медицинской организации старая мебель

13. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в этой медицинской организации?

да нет

14. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?

да нет

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

да нет

16. 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

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