**АНКЕТА
для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями
в амбулаторных условиях
*(врачом-терапевтом участковым лор, врачом – педиатром участковым, врачом общей практики)***

Наименование медицинской организации

Текущий месяц

**1. Вы обратились в медицинскую организацию?**

* к врачу-специалисту (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)
* другое (диспансеризация, профосмотр, справка,рецепт и т.д.)

**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 *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

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

□ 14 календарных дней и более

□ 13 календарных дней

□ 12 календарных дней

□ 10 календарных дней

□ 7 календарных дней

□ менее 7 календарных дней

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

 ***да*** *Вы записались на прием кврачу (вызвали врача на дом)?*

□ по телефону

□ с использованием сети Интернет

□ в регистратуре лично

* лечащим врачом на приеме при посещении

***нет*** *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*** *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 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. 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
* отсутствие мест для детских колясок

**11. 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

**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

*Диагностическое исследование выполнено во время, указанное 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 участковомутерапевту (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 участковому терапевту (педиатра, врача общей практики, (семейного врача )?**

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

**20. Оставляли ли Вы комментарий о качествеобслуживания в медицинской организации и омедицинских работниках этой организации всоциальных 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