

АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях
(врачом -специалистом (невролог, офтальмолог, эндокринолог, педиатр, другие)

Наименование медицинской организации

Текущий месяц

1. Вы обратились в медицинскую организацию:

- к врачу-специалисту (невролог, офтальмолог, эндокринолог, педиатр, другие)
- другое (Ультразвуковое исследование, Аллергологические обследования и процедуры, Эндоскопическое исследование и т.д.)

2. Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) врачей?

- да нет

3. Удовлетворены ли Вы компетентностью врачей?

- да нет

4. 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. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу?

- да нет

6. Причина невозможности записи на приём к врачу:

- не было талонов
- не было технической возможности
- Иное _____

7. Вы записались на прием к врачу:

- по телефону
- в регистратуре
- лично лечащим врачом на приеме

8. Врач Вас принял во время, установленное по записи?

- да нет

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

- да нет

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

- да нет

11. Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

- да нет

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

- да нет

13. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?

- да нет

14. Что не удовлетворяет?

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

15. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

- да нет

16. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- I группа
- II группа
- III группа
- ребенок-инвалид

17. Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

- да нет

18. Пожалуйста, укажите что именно отсутствует:

- отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов
- отсутствие пандусов
- другое _____

19. Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?

- да нет

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

- да нет

21. Как часто Вы обращаетесь к врачам?

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

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

- да нет

23. Характеристика комментария:

- положительный
- отрицательный

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

- да нет

25. Кто был инициатором благодарения?

- я сам (а)
- персонал медицинской организации

27. Форма благодарения:

- письменная благодарность (в журнале, на сайте)
- цветы
- подарки