

АНКЕТА
для оценки качества оказания услуг медицинскими
организациями в амбулаторных условиях

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество работы медицинской организации, в которой Вам оказывают медицинские услуги.

Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы. Выберите один из вариантов на каждый вопрос.

При этом не нужно указывать свое имя, Ваши личные данные нигде не прозвучат.

Ваше мнение нам очень важно и будет учтено в дальнейшей работе.

1. Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

	*
--	---

2. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о медицинской организации, размещенной на сайте в сети Интернет, на информационном стенде

- да, полностью;
- больше да, чем нет;
- скорее не удовлетворен (-на);
- не удовлетворен (-на) полностью

3. Когда Вам потребовалось посещение врача, удалось ли Вам записаться на прием при первом обращении в медицинскую организацию?

- да;
- нет

4.. Каким из указанных способов записи на прием вы пользуетесь чаще всего:

- по телефону;
- лично обращаюсь в регистратуру;
- через интернет
- у администратора поликлиники посредством самозаписи
- к нужному врачу на прием меня записал лечащий врач

5. Сколько дней прошло с момента обращения в медицинскую организацию за получением медицинской помощи у нужного Вам врача до назначенного времени приема у врача?

- прошло около _____ дней;
- медицинская помощь была оказана в день обращения
- более одного месяца

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

- да;
- нет

7. Удовлетворяет ли Вас организация очереди в медицинском учреждении?

Удовлетворяет _____

Не удовлетворяет _____

Если не удовлетворяет, то в чем причина?

Очередь не организована _____

Длительное ожидание в очереди _____:

- от 15 минут до 1 часа _____;

- более 1 часа _____;

- 2 часа и более _____

Недостаточно мест для ожидания _____

Отсутствие питьевой воды _____

Санитарные условия _____

Другие причины _____

8. По Вашему мнению медицинское учреждение оборудовано для лиц с ограниченными возможностями?

- да;

нет¹

9. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра) (ФИО, график работы, № кабинета, телефон)?

да;

нет

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

1 раз в месяц

1 раз в квартал (3 месяца)

1 раз в полугодие;

1 раз в год

реже 1 раза в год

11. Удовлетворены ли Вы приемом у врача-терапевта? Оцените по 5-балльной шкале, где 1 – крайне плохо, 5 – отлично

№	Работа врача и медицинской сестры	1	2	3	4	5
1	Вежливость и внимательность врача <input type="checkbox"/>	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично
2	Вежливость и внимательность медицинской сестры <input type="checkbox"/>	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично
3	Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения (Выписали ли Вам рецепт) <input type="checkbox"/>	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично
4	Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие <input type="checkbox"/>	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично

¹ отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта, отсутствие пандусов, поручней, отсутствие специальных лифтов, отсутствие голосовых сигналов

	ощущения (компетентность)					
	<input type="checkbox"/>					

12. Удовлетворены ли Вы обслуживанием у узких специалистов? Оцените по 5-балльной шкале, где 1 – крайне плохо, 5 – отлично

№	Работа врача и медицинской сестры	1	2	3	4	5
1	Вежливость и внимательность врача <input type="checkbox"/>	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично
2	Вежливость и внимательность медицинской сестры <input type="checkbox"/>	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично
3	Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения (Выписали ли Вам рецепт) <input type="checkbox"/>	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично
4	Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения (компетентность) <input type="checkbox"/>	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично

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

Более 30 дней

от 15 – 30 дней

менее 15 дней

14 Приходилось ли Вам сталкиваться с необоснованными действиями в процессе предоставления услуги?

Да _____

Нет _____

Если да, то с какими необоснованными действиями Вам приходилось сталкиваться в процессе предоставления услуги?

- установление неофициальной очереди _____
- советы обратиться в другую организацию, оказывающую услугу за плату _____
- необходимая информация предоставляется за дополнительную плату _____
- требование предоставления документов, не предусмотренных законодательством _____

Другое

14. Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?

да

нет

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

да

нет

Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:

**Дата
заполнения**

“ ___ ” _____ 20__ г.