|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 0 | 6 |

Страница 1 из 4

**Анкета**

**для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями**

**в амбулаторных условиях**

|  |
| --- |
| **1. Вы обратились в медицинскую организацию:**  к врачу-терапевту участковому (перейти к вопросам 2-3) □  к врачу-специалисту (кардиолог, невролог офтальмолог, стоматолог,  хирург, эндокринолог, другие) (перейти к вопросам 2а-3а) □  к врачу-педиатру участковому (перейти к вопросам 2-3) □  к врачу общей практики (семейному врачу) (перейти к вопросам 2-3) □  иное (диспансеризация, медицинский осмотр, др.) (перейти к вопросам 2а-3а) □ |

|  |
| --- |
| **2. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались (вызвали на дом), с**  **момента записи на прием составило:**  24 часа и более □ 12 часов □ 8 часов □ 6 часов □ 3 часа □ менее 1 часа □ |

|  |
| --- |
| **3. Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию:**  да (перейти к вопросу 3.1.) □ нет (перейти к вопросу 3.2.) □ |

|  |
| --- |
| **3.1. Вы записались на прием к врачу (вызвали врача на дом)?**  по телефону медицинской организации (перейти к вопросу 3.1.1) □  по телефону Единого колл-центра (перейти к вопросу 3.1.1) □  при обращении в регистратуру (перейти к вопросу 3.1.1) □  через официальный сайт медицинской организации □  через Единый портал государственных услуг ([www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru)) □ |

|  |
| --- |
| **3.1.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?**  да □ нет □ |

|  |
| --- |
| **3.2. По какой причине?**  не дозвонился □ не было технической возможности записаться в электронном виде □  не было талонов □ другое □ |

|  |
| --- |
| **2а. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило:**  14 календарных дней и более □ 13 календарных дней и более □ 12 календарных дней и более □  10 календарных дней и более □ 7 календарных дней и более □ менее 7 календарных дней □ |

|  |
| --- |
| **3а. Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию?**  да (перейти к вопросу 3.1.а) □ нет (перейти к вопросу 3.2.а) □ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 0 | 6 |

Страница 2 из 4

**Анкета**

**для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями**

**в амбулаторных условиях**

|  |
| --- |
| **3.1.а. Вы записались на прием к врачу:**  по телефону медицинской организации (перейти к вопросу 3.1.1а) □  по телефону Единого колл-центра (перейти к вопросу 3.1.1а) □  при обращении в регистратуру (перейти к вопросу 3.1.1а) □  лечащим врачом на приеме при посещении (перейти к вопросу 3.1.1а) □  через официальный сайт медицинской организации □ |

|  |
| --- |
| **3.1.1а. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?**  да □ нет □ |

|  |
| --- |
| **3.2а. По какой причине?**  не дозвонился □ не было технической возможности записаться в электронном виде □  не было талонов □ другое □ |

|  |
| --- |
| **4. Врач принял Вас в установленное по записи время?**  да □ нет □ |

|  |
| --- |
| **5. Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?**  да □ нет □ |

|  |
| --- |
| **6. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)**  да (перейти к вопросу 6.1.) □ нет □ |

|  |
| --- |
| **6.1.Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?**  да □ нет □ |

|  |
| --- |
| **7. Перед обращением в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**  да □ нет □ |

|  |
| --- |
| **7.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**  да □ нет □ |

|  |
| --- |
| **8. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?**  да □ нет (перейти к вопросу 8.1.) □ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 0 | 6 |

Страница 3 из 4

**Анкета**

**для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями**

**в амбулаторных условиях**

|  |
| --- |
| **8.1. Что именно Вас не удовлетворяет?**  отсутствие свободных мест ожидания □ отсутствия питьевой воды □  наличие очередей в регистратуру , у кабинета медицинских работников □  состояние гардероба □ отсутствие санитарно-гигиенических помещений □  состояние санитарно-гигиенических помещений □ санитарное состояние помещений □  отсутствие мест для детских колясок (для медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению) □ |

|  |
| --- |
| **9. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?**  да (перейти к вопросам 9.1-9.3) □ нет □ |

|  |
| --- |
| **9.1. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?**  I группа □ II группа □ III группа □ ребенок-инвалид □ |

|  |
| --- |
| **9.2. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?**  да □ нет (перейти к вопросу 9.2.1) □ |

|  |
| --- |
| **9.2.1. Пожалуйста, укажите, что (кто) именно отсутствует:**  выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов □  пандусы, подъемные платформы □ дублирование информации шрифтом Брайля □  адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы □  дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации □  специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения □  сменные кресла-коляски □ сопровождающие работники □ |

|  |
| --- |
| **9.3. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?**  да □ нет □ |

|  |
| --- |
| **10. При обращении в медицинскую организацию Вам назначались диагностические исследования (лабораторные исследования, инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, УЗИ, др.) компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография)?**  да (перейти к вопросам 10.1) □ нет (перейти к вопросу 11) □ |

|  |
| --- |
| **10.1 Вы ожидали проведения исследования:**  14 календарных дней и более □ 13 календарных дней и более □ 12 календарных дней и более □  10 календарных дней и более □ 7 календарных дней и более □ менее 7 календарных дней □ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 0 | 6 |

Страница 4 из 4

**Анкета**

**для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями**

**в амбулаторных условиях**

|  |
| --- |
| **10.2 Исследование выполнено во время, установленное по записи?**  да □ нет □ |

|  |
| --- |
| 11. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?  да □ нет □ |

|  |
| --- |
| **12. Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации (представлением информации о размещении кабинетов медицинских работников, лабораторных и диагностических подразделений, санитарно-гигиенических помещений и др.)**  да □ нет □ |

|  |
| --- |
| **13. В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?**  да □ нет □ |

|  |
| --- |
| **14. Вы используете электронные сервисы для взаимодействия с данной медицинской организацией электронное (обращение, электронная почта, часто задаваемые вопросы, др.)?**  нет (опрос завершен) □ да (перейти к вопросу 14.1) □ |

|  |
| --- |
| **14.1 Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?**  да □ нет □ |