АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях

СПБ ГБУЗ «Городская поликлиника №8»

Месяц, год текущий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Причина, по которой Вы обратились в медицинскую организацию?

* заболевание
* травма
* диспансеризация
* профосмотр (по направлению работодателя)
* получение справки (для бассейна, для водительского удостоверения и т.д.)
* закрытие листка нетрудоспособности

1. Ваше обслуживание в медицинской организации?

* за счет ОМС
* за счет ДМС
* на платной основе

1. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

* нет
* \* да

Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

* I группа
* II группа
* III группа

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

* да
* \*нет
* отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта
* отсутствие пандусов, поручней
* отсутствие электрических подъемников
* отсутствие специальных лифтов
* отсутствие голосовых сигналов
* отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов
* отсутствие информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля
* отсутствие специально оборудованного туалета

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

* да
* нет

1. Вы записались на прием к врачу?

* по телефону
* с использованием сети Интернет
* в регистратуре лично
* лечащим врачом на приеме при посещении

1. Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?

* 10 дней
* 9 дней
* 8 дней
* 7 дней
* 5 дней
* меньше 5 дней

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

* да
* нет

1. 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

1. Перед посещением врача 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

1. 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

1. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра) (ФИО, график работы, N кабинета и др.)?

* да
* нет

1. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру)? раз в месяц

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

1. Вы удовлетворены обслуживанием у участкового терапевта (педиатра) (доброжелательность, вежливость)?

* да
* нет

1. Удовлетворены ли Вы компетентностью участкового врача (педиатра)?

* да
* \* нет

() Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

() Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации () Вам не дали выписку

() Вам не выписали рецепт

1. Как часто Вы обращаетесь к узким специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог и др.)?

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

1. Вы удовлетворены обслуживанием у узких специалистов (доброжелательность, вежливость)?

* да
* нет

1. Удовлетворены ли вы компетентностью узких специалистов?

* да
* \*нет
* Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
* Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации
* Вам не дали выписку
* Вам не выписали рецепт

1. Срок ожидания диагностического исследования (диагностические инструментальные и лабораторные исследования) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?

* 10 дней
* 9 дней
* 8 дней
* 7 дней
* 5 дней
* меньше 5 дней

1. Срок ожидания диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?

* 30 дней
* 29 дней
* 28 дней
* 27 дней
* 15 дней
* меньше 15 дней

1. Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?

* да
* нет

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

* да
* нет

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

* да
* нет

1. 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