

Анкета для оценки качества оказания услуг

Месяц обращения *

Февраль

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

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

2. Ваше обслуживание в медицинской организации? *

- за счет ОМС
- за счет ДМС
- на платной основе

3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности? *

- да
- нет

4. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете? *

- I группа
- II группа
- III группа
- не имею

5. 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

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

- да
- нет

7. Вы записались на прием к врачу? *

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

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

- 10 дней
- 9 дней
- 8 дней
- 7 дней
- 5 дней
- меньше 5 дней

9. Врач Вас принял во время, установленное по записи? *

- да
- нет

10. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации? *

- да
- нет

11. Что не удовлетворяет? *

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

12. Перед посещением врача Вы заходили на официальный сайт медицинской организации? *

- да
- нет

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

- да
- нет

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

- да
- нет

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

- да
- нет

16. Вы знаете своего лечащего врача-терапевта (ФИО, график работы, N кабинета и др.)? *

- да
- нет

17. Как часто Вы обращаетесь к врачу-терапевту? *

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

18. Вы удовлетворены обслуживанием у врача-терапевта(доброжелательность, вежливость)? *

- да
- нет

19. Удовлетворены ли Вы компетентностью врача? *

- да
- нет
- Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
- Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

20. Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации? *

- да
- нет

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

- да
- нет

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

- да
- нет

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

- да
- нет

24. Кто был инициатором благодарения? *

- я сам(а)
- персонал медицинской организации

25. Форма благодарения: *

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