**Анкета
для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях**

Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

Субъект РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полное наименование медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**1. Вы обратились в медицинскую организацию?**

к врачу-терапевту участковому

к врачу-педиатру участковому

к врачу общей практики (семейному врачу)

к врачу-специалисту (кардиолог, невролог офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, другие)

иное (диспансеризация, медицинский осмотр, др.)

**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

нет

**3.1. Вы записались на прием к врачу (вызвали врача на дом)?**

по телефону медицинской организации

по телефону Единого кол-центра

при обращении в регистратуру

через официальный сайт медицинской организации

через Единый портал государственных услуг (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 талонов

не было технической возможности записаться в электронном виде

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

нет

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

да

нет

**7. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?**

да

нет

**8. Что именно Вас не удовлетворяет?**

отсутствие свободных мест ожидания

наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников

состояние гардероба

отсутствие питьевой воды

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

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

**9.2.1. Пожалуйста, укажите, что (кто) именно отсутствует:**

выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов

пандусы, подъемные платформы

адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы

сменные кресла-коляски

дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации

дублирование информации шрифтом Брайля

специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения

сопровождающие работники

возможность оказания медицинской помощи инвалидам на дому

**9.3. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?**

да

нет

**10. При обращении в медицинскую организацию Вам назначались диагностические исследования?**

да

нет

**10.1. Вам назначались: (возможен выбор всех трех видов диагностических исследований)**

лабораторные исследования

инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, Рентген, УЗИ, др.)

компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография

**10.1.1. Вы ожидали проведения исследования:**

14 календарных дней и более

13 календарных дней

12 календарных дней

10 календарных дней

7 календарных дней

менее 7 календарных дней

**10.1.2. 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

да

**14.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?**

да

нет

**Мы благодарим Вас за участие!**