

АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в
амбулаторных условиях

(врачом -специалистом (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)

ГБУЗ ЛО «Кировская СП»

1. Вы обратились в
медицинскую организацию?

к врачу-специалисту (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие) другое (диспансеризация, профосмотр, справка, рецепт и т.д.)

2. Вы удовлетворены
обслуживанием
(доброжелательность, вежливость) у
врачей-специалистов (лор, хирург,
невролог, офтальмолог, стоматолог,
другие)?

да нет

3. Удовлетворены ли Вы
компетентностью врачей-
специалистов (лор, хирург, невролог,
офтальмолог, стоматолог, другие)?

да

нет *Что именно Вас не
удовлетворило?*

Вам не разъяснили информацию о
состоянии здоровья

Вам не дали рекомендации по
диагностике, лечению и реабилитации

Вам не дали выписку

Вам не выписали рецепт

Другое

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

14 календарных дней и более

13 календарных дней

12 календарных дней

10

календарных дней

7 календарных

дней менее 7

календарных дней

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

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

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

нет По какой причине

не

дозвонил

ся не

было

талонов

не было технической возможности

записаться в электронном виде

другое

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

да

нет

8. 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

9. Перед обращением в
медицинскую организацию 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

10. 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

отсутствие мест для

детских колясок

11. Имеете ли Вы установленную
группу ограничения трудоспособности?

нет

да → Какую группу
ограничения трудоспособности Вы
имеете?

I группа

II группа

III группа

ребенок-

инвалид

Медицинская организация оборудована
для лиц с ограниченными
возможностями?

да

нет →

Пожалуйста,

укажите что именно отсутствует

отсутствие выделенного места
стоянки автотранспортных средств
для инвалидов отсутствие
пандусов, поручней отсутствие
подъемных платформ (аппарелей)
 отсутствие адаптированных лифтов
 отсутствие сменных кресел-колясок
 отсутствие информационных
бегущих строк, информационных
стендов, голосовых сигналов
 отсутствие информации шрифтом
Брайля отсутствие доступных
санитарногигиенических помещений
 отсутствие сопровождающих

12. Вы ожидали проведения
диагностического исследования
(инструментального,
лабораторного) с момента
получения направления на
диагностическое исследование?

не

назначалось

14 календарных

дней и более

13 календарных дней

12 календарных дней

10

календарных дней

7 календарных

дней менее 7

календарных дней

Диагностическое исследование выполнено
во время, установленное по записи?

да

нет

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

не

назначалось

30 календарных

дней и более

29 календарных дней

28 календарных дней
27 календарных дней 15
календарных дней менее 15
календарных дней

*Диагностическое исследование
выполнено во время,
установленное по записи?*

да нет

14. Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?

да

нет

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

да нет

16. Ваше обслуживание в медицинской организации?

за счет

ОМС, бюджет

за счет ДМС

на платной основе

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

нет

да

→ *Характеристика*

комментария

положительный

отрицательный