

АНКЕТА

для оценки качества условий оказания медицинских услуг
 организацией в амбулаторных условиях
 (врачами-специалистами: терапевт, ЛОР, офтальмолог, хирург, стоматолог и другие)



<p>1. Вы обратились в медицинскую организацию:</p> <p><input type="checkbox"/> к врачу-специалисту (терапевт, ЛОР, хирург, офтальмолог, стоматолог, другие)</p> <p><input type="checkbox"/> иное (медицинский осмотр, другое)</p>	<p>5. Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?</p> <p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p>
<p>2. Вы записались на приём к врачу при первом обращении в медицинскую организацию?</p> <p><input type="checkbox"/> да</p> <p style="margin-left: 20px;"><i>Вы записались на приём к врачу?</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> по телефону медицинской организации</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> при обращении в регистратуру</p> <p style="margin-left: 20px;"><i>Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p> <p><input type="checkbox"/> нет</p> <p style="margin-left: 20px;"><i>По какой причине?</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> не дозвонился</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> не было талонов</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> другое</p>	<p>6. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?</p> <p><input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p style="margin-left: 20px;"><i>Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p>
<p>3. Время ожидания приёма врача, к которому Вы записались, с момента записи на приём составило?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 календарный день</p> <p><input type="checkbox"/> 3 календарных дня</p> <p><input type="checkbox"/> 7 календарных дней</p> <p><input type="checkbox"/> 10 календарных дней</p> <p><input type="checkbox"/> 14 календарных дней</p>	<p>7. Перед обращением в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?</p> <p><input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p style="margin-left: 20px;"><i>Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p>
<p>4. Врач принял Вас в установленное по записи время?</p> <p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p>	<p>8. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?</p> <p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p> <p style="margin-left: 20px;"><i>Что именно Вас не удовлетворяет?</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> отсутствие свободных мест ожидания</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> состояние гардероба</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> отсутствие питьевой воды</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> отсутствие санитарно-гигиенических помещений</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> санитарное состояние помещений</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> другое</p>

<p>9. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?</p> <p><input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p><i>Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?</i></p> <p><input type="checkbox"/> I группа <input type="checkbox"/> II группа <input type="checkbox"/> III группа <input type="checkbox"/> ребенок-инвалид</p>	<p><input type="checkbox"/> инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, Рентген, УЗИ, др.)</p> <p><i>Вы ожидали проведения исследования:</i></p> <p><input type="checkbox"/> менее 7 календарных дней <input type="checkbox"/> 7 календарных дней <input type="checkbox"/> 10 календарных дней <input type="checkbox"/> 14 календарных дней <input type="checkbox"/> более 14 календарных дней</p> <p><i>Исследование выполнено во время, установленное по записи?</i></p> <p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p>
<p>10. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?</p> <p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p> <p><i>Пожалуйста, укажите, что (кто) именно отсутствует:</i></p> <p><input type="checkbox"/> выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов <input type="checkbox"/> пандусы, подъемные платформы <input type="checkbox"/> сменные кресла-коляски <input type="checkbox"/> дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации <input type="checkbox"/> дублирование информации шрифтом Брайля <input type="checkbox"/> специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения <input type="checkbox"/> сопровождающие работники <input type="checkbox"/> возможность оказания медицинской помощи инвалидам на дому</p>	<p><input type="checkbox"/> компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, рентгенологическое исследование</p> <p><i>Вы ожидали проведения исследования:</i></p> <p><input type="checkbox"/> менее 7 календарных дней <input type="checkbox"/> 7 календарных дней <input type="checkbox"/> 10 календарных дней <input type="checkbox"/> 14 календарных дней <input type="checkbox"/> более 14 календарных дней</p> <p><i>Исследование выполнено во время, установленное по записи?</i></p> <p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p>
<p>11. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?</p> <p><input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p>	<p>13. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?</p> <p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p>
<p>12. При обращении в медицинскую организацию Вам назначались диагностические исследования?</p> <p><input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p><i>Вам назначались: (возможен выбор всех трех видов диагностических исследований)</i></p> <p><input type="checkbox"/> лабораторные исследования</p> <p><input type="checkbox"/> 3 календарных дня <input type="checkbox"/> 7 календарных дней <input type="checkbox"/> 10 календарных дней <input type="checkbox"/> 14 календарных дней <input type="checkbox"/> более 14 календарных дней</p> <p><i>Исследование выполнено во время, установленное по записи?</i></p> <p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p>	<p>14. Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации (представлением информации о размещении кабинетов медицинских работников, лабораторных и диагностических подразделений, санитарно-гигиенических помещений и др.)?</p> <p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p> <p>15. В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?</p> <p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p>

Мы благодарим Вас за участие!