

АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях

Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

Субъект Российской Федерации

 *

Полное наименование медицинской организации

 *

Месяц, год текущий

 *

1. Госпитализация была:

- плановая
- экстренная

2. Вы были госпитализированы:

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

3. 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

4. Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

- да
 нет

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

- да
 нет

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

- да
 нет

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

- да
 нет

6. В каком режиме стационара Вы проходили лечение?

- круглосуточного пребывания
 дневного стационара

7. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?

- да
 (*) нет

Что не удовлетворяет?

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

8. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?

- до 120 мин.
 до 75 мин.
 до 60 мин.
 до 45 мин.
 до 30 мин.

9. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)?

- да
 нет

10. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?

- да
 нет

- 11. Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию (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
- 12. Возникла ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?**
- да
 - нет
- 13. Возникла ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?**
- нет
 - да
- Необходимость:
- для уточнения диагноза
 - с целью сокращения срока лечения
 - приобретение расходных материалов
- 14. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?**
- да
 - (*) нет
 - Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
 - Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации
 - Вам не дали выписку
- 15. Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?**
- да
 - нет
- 16. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?**
- да
 - (*) нет
- Что не удовлетворяет?
- уборка помещений
 - освещение, температурный режим
 - медицинской организации требуется ремонт
 - в медицинской организации старая мебель
- 17. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации?**
- да
 - нет
- 18. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?**
- да
 - нет

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

- да
- нет

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

- да
- нет

21. 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