**АНКЕТА**

**для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями**

**в амбулаторных условиях**

***Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?***

**Субъект Российской Федерации** -*Республика Саха (Якутия),г.Якутск\**

**Полное наименование медицинской организации** – *Больница Якутского научного центра комплексных медицинских проблем*

**Месяц, год текущий** –\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

! выберите ответ, отметив его галочкой, или напишите свой вариант

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

( ) заболевание, ( ) травма, ( ) диспансеризация,

( ) профосмотр (по направлению работодателя)

( ) получение справки (для бассейна, для водительского удостоверения и т.д.)

( ) закрытие листка нетрудоспособности

1. **Ваше обслуживание в медицинской организации?**

( ) за счет ОМС, ( ) за счет ДМС. ( ) на платной основе

1. **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

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

( ) да, ( ) нет

1. **Вы записались на прием к врачу?**

( ) по телефону, ( ) с использованием сети интернет, ( ) в регистратуре лично,

( ) лечащим врачом на приеме при посещении

1. **Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?**

( ) 10 дней, ( ) 9 дней, ( ) 8дней, ( ) 7 дней, ( ) 5 дней, ( ) меньше 5 дней

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

( )да, ( ) нет

1. **Вы удовлетворенны условиями пребывания в мед.организации?**

( )да, (\*) нет

Что не удовлетворяет?

( ) отсутствие свободных мест ожидания

( ) состояние гардероба

( ) состояние туалета

( ) отсутствие питьевой воды

() санитарные условия

1. **Перед посещением врача 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

1. **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

1. **Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра) (ФИО, график работы, № кабинета и др.)?**

( ) да, ( ) нет

1. **Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру)?**

( ) раз в месяц, ( ) раз в квартал, ( ) раз в полугодие, ( ) раз в год, ( ) не обращаюсь

1. **Вы удовлетворены обслуживанием у участкового терапевта (педиатра) (доброжелательность, вежливость)?**

( )да,( ) нет

1. **Удовлетворены ли вы компетентностью участкового врача (педиатра)?**

( ) да,(\* ) нет

( ) Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

( ) Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

( ) Вам не дали выписку

( ) Вам не выписали рецепт

1. **Как часто Вы обращаетесь к узким специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог и др.)?**

( ) раз в месяц, ( ) раз в квартал, ( ) раз в полугодие, ( ) раз в год, ( ) не обращаюсь

1. **Вы удовлетворены обслуживанием у узких специалистов (доброжелательность, вежливость)?**

( )да,( ) нет

1. **Удовлетворены ли вы компетентностью узких специалистов?**

**( )** да, (\* ) нет

( ) Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

( ) Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

( ) Вам не дали выписку ( ) Вам не выписали рецепт

1. **Срок ожидания диагностического исследования (диагностические инструментальные и лабораторные исследования) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?**

( ) 10 дней, ( ) 9 дней, ( ) 8дней, ()7 дней, ( ) 5 дней, ( ) меньше 5 дней

**19. Срок ожидания диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?**

( ) 30 дней, ( ) 29 дней, ( )28дней, ( ) 27 дней, ( ) 15 дней, ( ) меньше 15 дней

1. **Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?**

( ) да, ( ) нет

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

( )да( ) нет

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

( )да, ( ) нет

1. **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