Приложение N 2 к Методическим рекомендациям по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2015 г. N 240

**АНКЕТА** для оценки качества оказания услуг

медицинскими организациями в амбулаторных условиях

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | \* |

**Полное наименование медицинской организации**

|  |  |
| --- | --- |
|  | \* |

**Месяц, год текущий**

|  |  |
| --- | --- |
|  | \* |

**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

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

( ) за счет ОМС

( ) за счет ДМС

( ) на платной основе

**3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?**

( ) нет

( ) да, если да то:

**Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?**

( ) I группа

( ) II группа

( ) III группа

**Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?**

( ) да

( ) нет, если нет то

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

( ) да

( ) нет

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

( ) по телефону

( ) с использованием сети Интернет

( ) в регистратуре лично

( ) лечащим врачом на приеме при посещении

**6. 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

( ) 8 дней

( ) 7 дней

( ) 5 дней

( ) меньше 5 дней

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

( ) да

( ) нет

**8. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?**

( ) да

( ) нет, если нет то

**Что не удовлетворяет?**

( ) отсутствие свободных мест ожидания

( ) состояние гардероба

( ) состояние туалета

( ) отсутствие питьевой воды

( ) санитарные условия

**9. Перед посещением врача Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?**

( ) нет

( ) да, если да то

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

( ) нет

( ) да, если да то

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

( ) да

( ) нет

**11. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра) (ФИО, график работы, N кабинета и др.)?**

( ) да

( ) нет

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

( ) раз в месяц

( ) раз в квартал

( ) раз в полугодие

( ) раз в год

( ) не обращаюсь

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

( ) да

( ) нет

**14. 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

**15. 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

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

( ) да

( ) нет

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

( ) да

( ) нет, если нет то

( ) Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

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

( ) Вам не дали выписку

( ) Вам не выписали рецепт

**18. 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

( ) 8 дней

( ) 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

( ) 28 дней

( ) 27 дней

( ) 15 дней

( ) меньше 15 дней

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

( ) да

( ) нет

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

( ) да

( ) нет

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

( ) да

( ) нет

**23. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?**

( ) нет

( ) да, если да то

**Кто был инициатором благодарения?**

( ) я сам(а)

( ) персонал медицинской организации

**Форма благодарения:**

( ) письменная благодарность (в журнале, на сайте)

( ) цветы

( ) подарки

( ) услуги

( ) деньги