

Анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях

Месяц и год обращения в данную медицинскую организацию

- февраль 2015 г.
- март 2015 г.
- апрель 2015 г.
- май 2015 г.
- июнь 2015 г.
- июль 2015 г.
- август 2015 г.
- сентябрь 2015 г.
- октябрь 2015 г.
- ноябрь 2015 г.
- декабрь 2015 г.
- январь 2016 г.
- Февраль 2016

Вы обратились в медицинскую организацию?

- к врачу-терапевту участковому
- к врачу-педиатру участковому
- к врачу общей практики (семейному врачу)
- к врачу-специалисту (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)
- другое (диспансеризация, профосмотр, справка, рецепт и т.д.)

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

- да
- нет

Врач Вас принял во время, установленное по записи?

- да
- нет

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

- да
- нет

Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

- да
- нет

Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?

- да
- нет

Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

- да
- нет

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

- 14 календарных дней и более
- 13 календарных дней
- 12 календарных дней
- 10 календарных дней
- 7 календарных дней
- меньше 7 календарных дней
- не назначалось

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

- 30 календарных дней и более
- 29 календарных дней
- 28 календарных дней
- 27 календарных дней
- 15 календарных дней
- меньше 15 календарных дней
- не назначалось

Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?

- да
- нет

Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

- да
- нет

Ваше обслуживание в медицинской организации?

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

Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача) (ФИО, график работы, № кабинета и др.)?

- да
- нет

Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру, врачу общей практики (семейному врачу)?

- раз в месяц
- раз в квартал
- раз в полугодие
- раз в год
- не обращаюсь

Как часто Вы обращаетесь к врачам-специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог и другие)?

- раз в месяц
- раз в квартал
- раз в полугодие
- раз в год
- не обращаюсь

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

- да
- нет

Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?

- да
- нет

Анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях

Месяц и год обращения в данную медицинскую организацию

- февраль 2015 г.
- март 2015 г.
- апрель 2015 г.
- май 2015 г.
- июнь 2015 г.
- июль 2015 г.
- август 2015 г.
- сентябрь 2015 г.
- октябрь 2015 г.
- ноябрь 2015 г.
- декабрь 2015 г.
- январь 2016 г.
- февраль 2016

Госпитализация была:

- плановая
- экстренная

Вы были госпитализированы:

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

Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

- да
- нет

Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

- да
- нет

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

- да
- нет

В каком режиме стационара Вы проходили лечение?

- круглосуточного пребывания
- дневного стационара

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

- да
- нет

Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?

- да
- нет

Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?

- да
- нет

Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

- да
- нет

Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?

- да
- нет

Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации?

- да
- нет

Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?

- да
- нет

Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

- да
- нет

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

- да
- нет

Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?

- да
- нет