Приложение N 2
к [Методическим рекомендациям](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CStom1%5C%D0%A0%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%87%D0%B8%D0%B9%20%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BB%5C%D0%90%D0%BD%D0%BA%D0%B5%D1%82%D0%B0%20%D0%B4%D0%BB%D1%8F%20%D0%BE%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%B8%20%D0%BA%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D1%83%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B3%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8%20%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%D0%BC%D0%B8%20%D0%B2%20%D0%B0%D0%BC%D0%B1%D1%83%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D1%83%D1%81%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%8F%D1%85%202015.docx#sub_80#sub_80)
по проведению независимой
оценки качества оказания услуг
медицинскими организациями,
утвержденным [приказом](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CStom1%5C%D0%A0%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%87%D0%B8%D0%B9%20%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BB%5C%D0%90%D0%BD%D0%BA%D0%B5%D1%82%D0%B0%20%D0%B4%D0%BB%D1%8F%20%D0%BE%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%B8%20%D0%BA%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D1%83%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B3%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8%20%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%D0%BC%D0%B8%20%D0%B2%20%D0%B0%D0%BC%D0%B1%D1%83%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D1%83%D1%81%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%8F%D1%85%202015.docx#sub_0#sub_0)
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?

Субъект Российской Федерации

|  |
| --- |
| \* |

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

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. 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

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

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

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

( ) 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

Кто был инициатором благодарения?

( ) я сам (а)

( ) персонал медицинской организации

Форма благодарения:

( ) письменная благодарность (в журнале, на сайте)

( ) цветы

( ) подарки

( ) услуги

( ) деньги