АНКЕТА
для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях

Когда и в какую медицинскую организацию Вы были госпитализированы?

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 специального оборудованного туалета

4. Перед госпитализацией 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

5. 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

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)?

( ) 30 дней и более

( ) 29 дней

( ) 28дней

( ) 27 дней

( ) 15 дней

( ) меньше 15 дней

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

( ) да

( ) нет

13. Возникала 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