

# АНКЕТА

## для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях

Наименование медицинской организации

Текущий месяц

### 1. Госпитализация была:

**экстренная**

**плановая** → Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию?

30 календарных дней и более

29 календарных дней

28 календарных дней

15 календарных дней

менее 15 календарных дней

Вы были госпитализированы в назначенный срок?

да  нет

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

Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?

90 мин и более  до 90 мин

до 60 мин  до 45 мин

до 30 мин

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

да  нет

### 2. Вы были госпитализированы?

за счет ОМС, бюджет

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

ребенок-инвалид

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

**да**

**нет** → Пожалуйста, укажите что именно отсутствует

отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов

отсутствие пандусов, поручней

отсутствие подъемных платформ (аппарелей)

отсутствие адаптированных лифтов

отсутствие сменных кресел-колясок

отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов, голосовых сигналов

отсутствие информации шрифтом Брайля

отсутствие доступных санитарно-гигиенических помещений

отсутствие сопровождающих работников

### 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?

дневного стационара

круглосуточного пребывания →

Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?

да  нет

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?

нет

да ⇒ Необходимость:

- для уточнения диагноза  
 с целью сокращения срока лечения  
 приобретение расходных материалов

**7. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?**

да

нет ⇒ Что именно Вас не

удовлетворило?

- Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья  
 Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации  
 Вам не дали выписку  
 Другое

**8. 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

**9. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в этой медицинской организации?**

да  нет

**10. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?**

да  нет

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

да  нет

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

нет

да ⇒ Характеристика комментария

- положительный  
 отрицательный

**13. 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