АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг врачами ГБУЗ СК «ГП № 4» г. Ставрополя в стационарных условиях

**1. Госпитализация была в дневной стационар (указать профиль)**
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | экстренная (перейти к вопросу 4) |
|  |  |
|  | плановая (перейти к вопросам 1.1-1.3) |

***1.1. Вы ожидали плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию:***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | 30 календарных дней и более |
|  |  |
|  | 29 календарных дней |
|  |  |
|  | 28 календарных дней |
|  |  |
|  | 27 календарных дней |
|  |  |
|  | 15 календарных дней |
|  |  |
|  | менее 15 календарных дней |

***1.2. Вы были госпитализированы в назначенный срок?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет |

***1.3. Вам сообщили о дате госпитализации***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | по телефону |
|  |  |
|  | при обращении в медицинскую организацию |
|  |  |
|  | электронным уведомлением |

**2. Вы удовлетворены комфортностью условий в приемном отделении?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет (перейти к вопросам 2.1) |

***2.1. Что именно Вас не удовлетворяет?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | отсутствие свободных мест ожидания |
|  |  |
|  | состояние гардероба |
|  |  |
|  | состояние санитарно-гигиенических помещений |
|  |  |
|  | отсутствие питьевой воды |
|  |  |
|  | санитарное состояние помещений |

**3. Вы удовлетворены отношением к Вам работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) во время пребывания в приемном отделении?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да (перейти к вопросам 4.1-4.3) |
|  |  |
|  | нет |

***4.1. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | I группа |
|  |  |
|  | II группа |
|  |  |
|  | III группа |
|  |  |
|  | ребенок-инвалид |

***4.2. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да (перейти к вопросу 4.3) |
|  |  |
|  | нет (перейти к вопросу 4.2.1) |

***4.2.1. Пожалуйста, укажите, что (кто) именно отсутствует:***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов |
|  |  |
|  | пандусы, подъемные платформы |
|  |  |
|  | адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы |
|  |  |
|  | сменные кресла-коляски |
|  |  |
|  | дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации |
|  |
|  | дублирование информации шрифтом Брайля |
|  |  |
|  | специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения |
|  |  |
|  | сопровождающие работники |

***4.3. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет |

**5. Во время пребывания в медицинской организации Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да (перейти к вопросу 5.1) |
|  |  |
|  | нет |

***5.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет |

**6. Перед госпитализацией Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да (перейти к вопросу 6.1) |
|  |  |
|  | нет |

***6.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет |

**7. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет (перейти к вопросу 7.1) |

***7.1. Что именно Вас не удовлетворяет?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | питание |
|  |  |
|  | отсутствие питьевой воды |
|  |  |
|  | состояние санитарно-гигиенических помещений |
|  |  |
|  | санитарное состояние помещений |
|  |  |
|  | действия персонала по уходу |

**8. Вы удовлетворены отношением к Вам работников медицинской организации во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет |

**9. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет |

**10. Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации (представлением информации о размещении кабинетов медицинских работников, лабораторных и диагностических подразделений, санитарно-гигиенических помещений и др.)?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет |

**11. В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет |

**12. Вы используете электронные сервисы для взаимодействия с данной медицинской организацией (электронное обращение, электронная почта, часто задаваемые вопросы, др.)?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | нет (опрос завершен) |
|  |  |
|  | да (перейти к вопросу 12.1.) |

***12.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет |

Мы благодарим Вас за участие!

**Если Вы хотите оставить предложения по работе данной медицинской организации, пожалуйста, напишите свои предложения: (не более 150 знаков)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |