АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг врачами ГБУЗ СК «СККМПЦ» г. Ставрополя в амбулаторных условиях

**1. Вы обратились в медицинскую организацию?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | к врачу-терапевту участковому (перейти к вопросам 2-3) |
|  |  |
|  | к врачу-педиатру участковому (перейти к вопросам 2-3) |
|  |  |
|  | к врачу общей практики (семейному врачу) (перейти к вопросам 2-3) |
|  |  |
|  | к врачу-специалисту (кардиолог, невролог, офтальмолог, стоматолог, хирург, |
|  | эндокринолог, другие) (перейти к вопросам 2а-3а) |
|  |  |
|  | иное (диспансеризация, медицинский осмотр, др.) (перейти к вопросам 2а-3а) |

**2. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались (вызвали на дом), с момента записи на прием составило?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | 24 часа и более |
|  |  |
|  | 12 часов |
|  |  |
|  | 8 часов |
|  |  |
|  | 6 часов |
|  |  |
|  | 3 часа |
|  |  |
|  | менее 1 часа |

**3. Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да (перейти к вопросу 3.1) |
|  |  |
|  | нет (перейти к вопросу 3.2) |

***3.1. Вы записались на прием к врачу (вызвали врача на дом)?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | по телефону медицинской организации (перейти к вопросу 3.1.1.) |
|  |  |
|  | по телефону Единого кол-центра (перейти к вопросу 3.1.1.) |
|  |  |
|  | при обращении в регистратуру (перейти к вопросу 3.1.1.) |
|  |  |
|  | через официальный сайт медицинской организации |
|  |  |
|  | через Единый портал государственных услуг (www.gosuslugi.ru) |

***3.1.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?***

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

***3.2. По какой причине***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | не дозвонился |
|  |  |
|  | не было талонов |
|  |  |
|  | не было технической возможности записаться в электронном виде |
|  |  |
|  | другое |

**2а. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | 14 календарных дней и более |
|  |  |
|  | 13 календарных дней |
|  |  |
|  | 12 календарных дней |
|  |  |
|  | 10 календарных дней |
|  |  |
|  | 7 календарных дней |
|  |  |
|  | менее 7 календарных дней |

**3а. Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да (перейти к вопросу 3.1а) |
|  |  |
|  | нет (перейти к вопросу 3.2а) |

***3.1а. Вы записались на прием к врачу?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | по телефону медицинской организации (перейти к вопросу 3.1.1а) |
|  |  |
|  | по телефону Единого кол-центра (перейти к вопросу 3.1.1а) |
|  |  |
|  | при обращении в регистратуру (перейти к вопросу 3.1.1а) |
|  |  |
|  | лечащим врачом на приеме при посещении (перейти к вопросу 3.1.1а) |
|  |  |
|  | через официальный сайт медицинской организации |

***3.1.1а. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?***

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

***3.2а. По какой причине?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | не дозвонился |
|  |  |
|  | не было талонов |
|  |  |
|  | не было технической возможности записаться в электронном виде |
|  |  |
|  | другое |

**4. Врач принял Вас в установленное по записи время?**

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

**5. Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?**

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

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

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

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

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

**7. Перед обращением в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет (перейти к вопросу 8.1) |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | отсутствие свободных мест ожидания |
|  |  |
|  | наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников |
|  |  |
|  | состояние гардероба |
|  |  |
|  | отсутствие питьевой воды |
|  |  |
|  | отсутствие санитарно-гигиенических помещений |
|  |  |
|  | состояние санитарно-гигиенических помещений |
|  |  |
|  | санитарное состояние помещений |
|  |  |
|  | отсутствие мест для детских колясок (для медицинских организаций, оказывающих помощь |
| детскому населению) |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да (перейти к вопросам 9.1-9.3) |
|  |  |
|  | нет |

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да |
|  |  |
|  | нет (перейти к вопросу 9.2.1) |

***9.2.1. 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 |
|  |  |
|  | возможность оказания медицинской помощи инвалидам на дому |

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

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

**10. При обращении в медицинскую организацию Вам назначались диагностические исследования?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | да (перейти к вопросам 10.1-10.3) |
|  |  |
|  | нет (перейти к вопросу 11) |

***10.1. Вам назначались:*** (возможен выбор всех трех видов диагностических исследований)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | лабораторные исследования (перейти к вопросу 10.1.1-10.1.2) |
|  |  |
|  | инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, Рентген, УЗИ, др.) (перейти к вопросу |
| 10.2.1-10.2.2) |
|  | компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография |
| (перейти к вопросу 10.3.1-10.3.2) |

***10.1.1. Вы ожидали проведения исследования:***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | 14 календарных дней и более |
|  |  |
|  | 13 календарных дней |
|  |  |
|  | 12 календарных дней |
|  |  |
|  | 10 календарных дней |
|  |  |
|  | 7 календарных дней |
|  |  |
|  | менее 7 календарных дней |

***10.1.2. Исследование выполнено во время, установленное по записи?***

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

***10.2.1. Вы ожидали проведения исследования:***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | 14 календарных дней и более |
|  |  |
|  | 13 календарных дней |
|  |  |
|  | 12 календарных дней |
|  |  |
|  | 10 календарных дней |
|  |  |
|  | 7 календарных дней |
|  |  |
|  | менее 7 календарных дней |

***10.2.2. Исследование выполнено во время, установленное по записи?***

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

***10.3.1. Вы ожидали проведения исследования:***

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

***10.3.2. Исследование выполнено во время, установленное по записи?***

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

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

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

**12. 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 |

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

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

**14. 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 14.1.) |

***14.1. 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: (не более 150 знаков)**