

## Анкета

### для оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях

Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

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)**  нет  да

10. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)? нет да

11. Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию (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

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

13. Возникла 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? нет да

- 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? нет да

16. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации? нет да

**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? нет да

18. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу? нет да

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