

**Анкета**  
для оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях

**Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?**  
Субъект Российской Федерации

---

**Полное наименование медицинской организации**

---

**Месяц, год текущий**

---

**Причина, по которой Вы обратились в медицинскую организацию?**

- заболевание
- травма
- диспансеризация
- профосмотр (по направлению работодателя)
- получение справки (для бассейна, для водительского удостоверения и т.д.)
- закрытие листка нетрудоспособности

**2. Ваше обслуживание в медицинской организации?**

- 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 специально оборудованного туалета

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

- да     нет

**5. Вы записались на прием к врачу?**

- по телефону
- с использованием сети Интернет
- в регистратуре лично
- лечащим врачом на приеме при посещении

**6. Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?**

- 10 дней
- 9 дней
- 8 дней
- 7 дней
- 5 дней
- меньше 5 дней

**7. Врач Вас принял во время, установленное по записи?**     да     нет

**8. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?**

- да     нет

**Что не удовлетворяет?**

- отсутствие свободных мест ожидания
- состояние гардероба
- состояние туалета
- отсутствие питьевой воды
- санитарные условия

**9. Перед посещением врача 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

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

**Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?**  да  нет

**11. Вы знаете своего участкового психиатра (ФИО, график работы), № кабинета и др.)?**  да  нет

**12. Как часто Вы обращаетесь к участковому психиатру?**

раз в месяц

раз в квартал

раз в полугодие,

раз в год,

не обращаюсь

**13. Вы удовлетворены обслуживанием у участкового психиатра (доброжелательность, вежливость)?**  да  нет

**14. Удовлетворены ли вы компетентностью участкового врача психиатра?**

да  нет

Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

Вам не дали выписку

Вам не выписали рецепт

**15. Как часто Вы обращаетесь к специалистам (психотерапевт, психолог, специалист по соц. работе и др.)?**

раз в месяц

раз в квартал

раз в полугодие

раз в год

не обращаюсь

**16. Вы удовлетворены обслуживанием у специалистов (доброжелательность, вежливость)?**  да  нет

**17. Удовлетворены ли вы компетентностью специалистов?**  да  нет

Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации,

Вам не дали выписку

Вам не выписали рецепт

**18. Срок ожидания диагностического исследования (диагностические инструментальные и лабораторные исследования) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?**

10 дней

9 дней

8 дней

7 дней

5 дней

меньше 5 дней

**19. Срок ожидания диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?**

30 дней

29 дней

28 дней

27 дней

15 дней

**20. Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?**  да  нет

**21. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?**  да  нет

**22. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинский организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?**  да  нет

**23. 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