Приложение № 1  
к [приказу](#sub_0) министерства

здравоохранения Тульской области  
от \_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма

# Анкета для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях

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

 к врачу-терапевту участковому (перейти к вопросам [2-3](#sub_1002))

 к врачу-педиатру участковому (перейти к вопросам [2-3](#sub_1002))

 к врачу общей практики (семейному врачу) (перейти к вопросам [2-3](#sub_1002))

 к врачу-специалисту (кардиолог, невролог офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, другие) (перейти к вопросам [2а-3а](#sub_1021))

 иное (диспансеризация, медицинский осмотр, др.) (перейти к вопросам [2а-3а](#sub_1021))

**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](#sub_1031))

 нет (перейти к вопросу [3.2](#sub_1032))

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

 по телефону медицинской организации (перейти к вопросу [3.1.1.](#sub_1311))

 по телефону Единого кол-центра (перейти к вопросу [3.1.1.](#sub_1311))

 при обращении в регистратуру (перейти к вопросу [3.1.1.](#sub_1311))

 через официальный сайт медицинской организации

 через Единый портал государственных услуг ([www.gosuslugi.ru](http://ivo.garant.ru/document?id=890941&sub=19806))

**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](#sub_10311))

 нет (перейти к вопросу [3.2а](#sub_1321))

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

 по телефону медицинской организации (перейти к вопросу [3.1.1а](#sub_13111))

 по телефону Единого кол-центра (перейти к вопросу [3.1.1а](#sub_13111))

 при обращении в регистратуру (перейти к вопросу [3.1.1а](#sub_13111))

 лечащим врачом на приеме при посещении (перейти к вопросу [3.1.1а](#sub_13111))

 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](#sub_1061))

 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](#sub_1071))

 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](#sub_1081))

**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](#sub_1091))

 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](#sub_1921))

**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](#sub_1101))

 нет (перейти к вопросу [11](#sub_1011))

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

 лабораторные исследования (перейти к вопросу [10.1.1-10.1.2](#sub_11011))

 инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, Рентген, УЗИ, др.) (перейти к вопросу [10.2.1-10.2.2](#sub_11021))

 компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография (перейти к вопросу [10.3.1-10.3.2](#sub_11031))

**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.](#sub_1141))

**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)

|  |
| --- |
|  |