

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

*(врачом-специалистом (кардиолог, офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, другие))*

**Медицинская организация ООО «Клиника женского здоровья»**

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

к врачу-специалисту (кардиолог, невролог, офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, другие)

иное (диспансеризация, медицинский осмотр, др.)

**2. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались, 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?**

по телефону медицинской организации (перейти к вопросу 3.1.1.)

\_\_\_

при обращении в регистратуру (перейти к вопросу 3.1.1.)

\_\_\_

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 (лабораторные исследования, инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, рентген, УЗИ, др.), компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография)?**

да (перейти к [вопросу 10.1](#))

нет (перейти к [вопросу 11](#))

**10.1. 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. 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:**

--