

## АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими  
организациями в амбулаторных условиях

Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

Субъект Российской Федерации- Нижегородская область

Полное наименование медицинской организации Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения Нижегородской области «Сосновская ЦРБ»

Месяц, год текущий \_\_\_\_\_

### 1. 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 Ф.И.О. 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 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

**11. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра) (Ф.И.О., график работы, N кабинета и др.)?**

да  нет

**12. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру)?**

раз в месяц  раз в квартал  раз в полугодие

раз в год  не обращаюсь

**13. Вы удовлетворены обслуживанием у участкового терапевта (педиатра) (доброжелательность, вежливость)?**

да  нет

**14. Удовлетворены ли Вы компетентностью участкового врача (педиатра)?**

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 узким специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог и др.)?**

раз в месяц  раз в квартал  раз в полугодие

раз в год  не обращаюсь

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

да  нет

**17. Удовлетворены ли вы компетентностью узких 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  меньше 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 медицинской 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

## АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими  
организациями в стационарных условиях

Когда и в какую медицинскую организацию Вы были госпитализированы?

Субъект Российской Федерации- **Нижегородская область**

Полное наименование медицинской организации **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Нижегородской области «Сосновская ЦРБ»**

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)?**

да  нет

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

да  нет

**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?**

да  нет

**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?**

да  нет

- 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?**

да  нет

**16. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?**

да  нет

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?**

да  нет

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

да  нет

**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