

**АНКЕТА**  
**по анализу удовлетворенности качеством предоставления**  
**медицинских услуг в амбулаторных условиях**

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество работы медицинской организации, в которой Вам оказывают медицинские услуги.

Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы. Выберите один из вариантов на каждый вопрос.

При этом не нужно указывать свое имя, Ваши личные данные нигде не прозвучат. Ваше мнение нам очень важно и будет учтено в дальнейшей работе.

1. Когда Вам приходилось последний раз обращаться в медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

обращался (напишите месяц, год)

не обращался в данную медицинскую организацию за получением медицинской помощи

2. Когда Вам потребовалось посещение врача, удалось ли Вам записаться на прием при первом обращении в медицинскую организацию?

да

нет

не обращался

3. Сколько дней прошло с момента обращения в медицинскую организацию за получением медицинской помощи у нужного Вам врача до назначенного времени приема у врача?

прошло около \_\_\_\_ дней

не обращался

4. Насколько легко Вам удалось записаться на прием к врачу одним из указанных способов?  
по телефону:

очень легко

легко

сложно

очень сложно

не удалось записаться

не пользовался

личное обращение в регистратуру:

- очень легко
- легко
- сложно
- очень сложно
- не удалось записаться
- не пользовался

через интернет:

- очень легко
- легко
- сложно
- очень сложно
- не удалось записаться
- не пользовался

на прием к нужному мне врачу меня записал лечащий врач:

- очень легко
- легко
- сложно
- очень сложно
- не удалось записаться
- не пользовался

5. Сколько времени Вы ожидали приема в очереди?

- практически не пришлось ожидать в очереди
- да, пришлось ждать приема в очереди около \_\_\_\_ минут(ы)
- не помню

6. Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?

- полностью удовлетворен
- частично удовлетворен
- скорее не удовлетворен
- полностью не удовлетворен

7. Если Вам приходилось вызывать участкового врача на дом, то получили ли Вы необходимую помощь и консультацию?

- да, помощь была оказана на дому вовремя
- да, помощь была оказана позже, чем это требовалось
- нет, пришлось самостоятельно обращаться в медицинскую организацию
- не возникало необходимости вызывать врача на дом

8. В случае, если после обращения в медицинскую организацию Вы получили направление на плановую госпитализацию, то сколько времени Вам пришлось ожидать плановую госпитализацию?

- Количество дней ожидания (напишите) \_\_\_\_\_ дней

9. В случае если после обращения в медицинскую организацию Вам были назначены диагностические исследования, то сколько времени прошло от назначения до прохождения Вами исследований и от прохождения исследований до получения результатов исследования?

1. Количество дней от назначения до прохождения исследований \_\_ дней
2. Количество дней от прохождения результатов исследований \_\_ дней

10. Удовлетворены ли Вы приемом у врача? Оцените по 5-балльной шкале, где 1 - крайне плохо, а 5 - отлично

N	Работа врача и медицинской сестры	1	2	3	4	5
1	Вежливость и внимательность врача	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично
2	Вежливость и внимательность медицинской сестры	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично
3	Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично
4	Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения	крайне плохо	плохо	удовлетворительно	хорошо	отлично

11. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи?

- да, полностью
- больше да, чем нет
- больше нет, чем да
- не удовлетворен

12. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?

- да
- нет
- пока не знаю

13. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации?

- да, полностью
- больше да, чем нет
- больше нет, чем да
- не удовлетворен

14. Имеются ли условия для удобного доступа и комфортного пребывания маломобильных групп населения

- да
- нет

15. Наличие автомобильной парковки возле учреждения

- да
- нет

16. Наличие «мобильных медицинских бригад» для оказания ПМСП маломобильным пациентам вне медицинской организации

- да
- нет

17. Наличие графика приема посетителей главным врачом, заведующим поликлиникой

да  
 нет

18. Наличие работающих туалетов для пациентов обеспеченных мылом, бумагой, полотенцем

да  
 нет

19. Наличие работающего лифта

да  
 нет

20. Наличие пандусов и поручней на входе в поликлинику

да  
 нет

21. Соблюдение чистоты на прилегающей к зданию территории.

да  
 нет

22. Наличие работающего гардероба (кроме теплого времени года)

да  
 нет

23. Имеется ли способ для внесения пациентами своих замечаний и предложений

да  
 нет

24. Выдаются ли бесплатно бахилы в поликлинике

да  
 нет

25. Удается ли Вам получить «льготный рецепт» в день обращения в поликлинику

<input type="checkbox"/>	да
<input type="checkbox"/>	нет

Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:

---

---

---

---

Дата заполнения " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ  
В НАШЕМ ОПРОСЕ!**