**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)
* к врачу-педиатру участковому (перейти к вопросам 2-3)
* к врачу общей практики (семейному врачу) (перейти к вопросам 2-3)
* к врачу-специалисту (кардиолог, невролог офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, другие) (перейти к вопросам 2а-3а)
* иное (диспансеризация, медицинский осмотр, др.) (перейти к вопросам 2а-3а)

**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
* 6часов
* 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 (вызвали врача на дом)?**

* по телефону медицинской организации (перейти к вопросу 3.l.l.)
* по телефону Единого кол-центра (перейти к вопросу 3.1.1.)
* при обращении в регистратуру (перейти к вопросу З. 1.1.)
* через официальный сайт медицинской организации
* через Единый портал государственных услуг (www.gosuslugi.ru)

***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)

* нет (перейти к вопросу 3.2а)

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

* по телефону медицинской организации (перейти к вопросу 3.1.1а)
* по телефону Единого кол-центра (перейти к вопросу 3.1.1а)
* при обращении в регистратуру (перейти к вопросу 3.1.1а)
* лечащим врачом на приеме при посещении (перейти к вопросу 3.1.1а)
* 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
1. **Врач принял Вас в установленное по записи время?**
* да
* нет
1. **Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?**
* да
* нет
1. **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
	1. **Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?**
* да
* нет
1. **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
1. **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)
1. **Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?**
	* да (перейти к вопросам 9.1-9.3)
	* нет
	1. ***Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?***
* I группа
* II группа
* III группа
* ребенок-инвалид
	1. ***В медицинской организации обеспечены условия Доступности для лиц с ограниченными возможностями?***

## да

* нет (перейти к вопросу 9.2.1)
	+ 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
	1. ***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)
* нет (перейти к вопросу11)

***10.1. Вам назначались:*** (возможен выбор всех трех видов диагностических исследований) лабораторные исследования (перейти к вопросу 10.1.1-10.12)

* инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, Рентген, УЗИ, др.) (перейти к вопросу 10.2.1-10.2.2)
* компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография

(перейти к вопросу 10.3.1-10.3.2)

***10.1.1. Вы ожидали проведения исследования:***

* 14 календарных дней и более
* календарных дней
* 12 календарных дней
* 10 календарных дней
* 7 календарных дней
* менее 7 календарных дней

***10.1.2. Исследование выполнено вовремя, 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 вовремя, 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 вовремя, установленное по записи?***

* да
* нет

**11. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?**

* да
* нет
1. **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
1. **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: (не более 150 знаков)

