Анкета

для оценки качества оказания услуг в амбулаторных условиях

ФКУЗ МСЧ-70 ФСИН России

Когда и в какой филиал Вы обращались?

Полное наименование филиала

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Где располагается филиал

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Месяц, год текущий

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Причина, по которой Вы обратились в медицинскую организацию?

() заболевание

() травма

() диспансеризация

() профосмотр

() получение справки

() закрытие листка нетрудоспособности

2. 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 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

3. При обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу?

() да

() нет

4. Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием?

() 10 дней

() 9 дней

() 8 дней

() 7 дней

() 5 дней

() меньше 5 дней

5. Врач Вас принял в установленное время?

() да

() нет

6. 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

7. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды)?

() 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

8. Вы знаете своего терапевта (педиатра) (ФИО, график работы)?

() да

() нет

9. Как часто Вы обращаетесь к терапевту (педиатру)?

() раз в месяц

() раз в квартал

() раз в полугодие

() раз в год

() не обращаюсь

10. Вы удовлетворены обслуживанием у терапевта (педиатра) (доброжелательность, вежливость)?

() да

() нет

11. Удовлетворены ли Вы компетентностью терапевта (педиатра)?

() да

(\*) нет

() Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

() Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

12. 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

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

() да

() нет

14. Удовлетворены ли Вы компетентностью узких специалистов?

() да

(\*) нет

() Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

() Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

15. Срок ожидания диагностического исследования (диагностические инструментальные и лабораторные исследования) с момента получения направления на диагностическое исследование?

() 10 дней

() 9 дней

() 8 дней

() 7 дней

() 5 дней

() меньше 5 дней

16. Срок ожидания диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование?

() 30 дней

() 29 дней

() 28 дней

() 27 дней

() 15 дней

() меньше 15 дней

17. Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?

() да

() нет

18. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

() да

() нет

19. 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 и т.п.)

() подарки

() услуги

() деньги