**Приложение N 2**

**к Методическим рекомендациям**

**по проведению независимой**

**оценки качества оказания услуг**

**медицинскими организациями,**

**утвержденным приказом**

**Министерства здравоохранения**

**Российской Федерации**

**от 14 мая 2015 г. N 240**

**АНКЕТА**

**для оценки качества оказания услуг медицинскими**

**организациями в амбулаторных условиях**

**Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?**

**Субъект Российской Федерации**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **\*** |

**Полное наименование медицинской организации**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **\*** |

**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 ФИО 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) (ФИО, 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**