

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Центральная медико-санитарная часть № 119
Федерального медико-биологического агентства»

(наименование амбулаторно-поликлинического подразделения)

АНКЕТА

оценки качества оказания медицинских услуг в дневном стационаре

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**, а именно отсутствие:
- специального подъезда и парковки для автотранспорта
 - пандусов, поручней
 - электрических подъемников
 - специальных лифтов
 - голосовых сигналов
 - информационных бегущих строк, информационных стендов
 - информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля
 - специально оборудованного туалета
4. Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?
 да **нет (*)**
(*) 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.)?
 да (*) **нет**

(*) 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 профиле стационара Вы проходили лечение?

терапевтический хирургический

7. Вы удовлетворены порядком оформления в дневной стационар?

да нет (*)

(*) Что не удовлетворяет?

отсутствие свободных мест ожидания

состояние гардероба

состояние туалета

отсутствие питьевой воды

санитарные условия

8. Сколько времени Вы ожидали оформления в дневной стационар?

до 120 мин. до 75 мин. до 60 мин. до 45 мин. до 30 мин.

9. Вы удовлетворены отношением персонала во время ожидания оформления в дневной стационар (доброжелательность, вежливость)?

да нет

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

да нет

11. Срок ожидания плановой госпитализации в дневной стационар 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. Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?

да нет

13. Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?

да нет (*)

(*) Необходимость:

для уточнения диагноза

с целью сокращения срока лечения

приобретение расходных материалов

14. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

да нет (*), а именно:

Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

Вам не дали выписку

15. Удовлетворены ли Вы организацией питания 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?

- да нет (*)

(*) Кто был инициатором благодарения?

- я сам(а) персонал медицинской организации

Форма благодарения:

- письменная благодарность (в журнале, на сайте)
- цветы
- подарки
- услуги
- деньги

Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:

Дата заполнения « ___ » _____ 20 ___ г.

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В НАШЕМ ОПРОСЕ!