

**Анкета**  
**для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями**  
**в амбулаторных условиях**

*Медицинская организация: ГБУ РМЭ «Поликлиника №4 г. Йошкар-Олы»*

**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       6 часов       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 уа прием к врачу (вызвали врача на дом)?**

- по телефону медицинской организации (перейти к вопросу 3.1.1.)
- по телефону Единого кол-центра (перейти к вопросу 3.1.1.)
- при обращении в регистратуру (перейти к вопросу 3.1.1.)
- через официальный сайт медицинской организации
- через Единый портал государственных услуг ([www.gosuslugi.ru](http://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       нет

**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 3.1.1a)
- лечащим врачом на приеме при посещении (перейти к вопросу 3.1.1a)
- через официальный сайт медицинской организации

**3.1.1a. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?**

- да  нет

**3.2a. По какой причине?**

- не дозвонился  не было талонов
- не было технической возможности записаться в электронном виде  другое

**4. Врач принял Вас в установленное по записи время?**

- да  нет

**5. Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?**

- да  нет

**6. 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

**6.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?**

- да  нет

**7. 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

**8. 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)

**9. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?**

- да (перейти к вопросам 9.1-9.3)  нет

**9.1. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?**

- I группа  II группа  III группа  ребенок-инвалид

**9.2. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?**

- да  нет (перейти к вопросу 9.2.1)

**9.2.1. 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

**9.3. 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 вопросу 11)

**10.1. Вам назначались: (возможен выбор всех трех видов диагностических исследований)**

- лабораторные исследования (перейти к вопросу 10.1.1-10.1.2)  
 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  13 календарных дней  12 календарных дней  
 10 календарных дней  7 календарных дней  менее 7 календарных дней

**10.1.2. Исследование выполнено во время, 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 во время, 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 во время, установленное по записи?**

- да       нет

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

- да       нет

**12. 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

**14. 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)