**Анкета для оценки качества оказания медицинских услуг в ФКУЗ МСЧ № 65 ФСИН России**

**Наименование филиала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. Месяц и год обращения в данную медицинскую организацию**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Вы обратились в медицинскую организацию?**

к врачу-терапевту участковому

к врачу-педиатру участковому

к врачу общей практики (семейному врачу)

к врачу-специалисту (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)

другое (диспансеризация, профосмотр, справка, рецепт и т.д.)

**Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) у участкового терапевта?**

да

нет

**Удовлетворены ли Вы компетентностью участкового терапевта?**

да

нет

**Что именно Вас не удовлетворило?**

Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

Вам не дали выписку

Вам не выписали рецепт

другое

**Форма обращения**

на прием

вызов на дом

**3. Время ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием?**

24 часа и более

12 часов

8 часов

6 часов

3 часа

менее 1 часа

**4. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) (вызвали врача на дом)?**

да

нет

**5. Врач Вас принял во время, установленное по записи?**

да

нет

**6. 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

**7. Перед обращением в медицинскую организацию 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

**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

отсутствие мест для детских колясок

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

да

нет

**Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?**

I группа

II группа

III группа

не имею

**Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?**

да

нет

**Пожалуйста, укажите что именно отсутствует:**

отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов

отсутствие пандусов, поручней

отсутствие подъемных платформ (аппарелей)

отсутствие адаптированных лифтов

отсутствие сменных кресел-колясок

отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов, голосовых сигналов

отсутствие информации шрифтом Брайля

отсутствие доступных санитарно-гигиенических помещений

отсутствие сопровождающих работников

**10. Вы ожидали проведения диагностического исследования (инструментального, лабораторного) с момента получения направления на диагностическое исследование?**

14 календарных дней и более

13 календарных дней

12 календарных дней

10 календарных дней

7 календарных дней

меньше 7 календарных дней

не назначалось

**Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?**

да

нет

**11. Вы ожидали проведение диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование?**

30 календарных дней и более

29 календарных дней

28 календарных дней

27 календарных дней

15 календарных дней

меньше 15 календарных дней

не назначалось

**Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?**

да

нет

**12. Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?**

да

нет

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

да

нет

**14. Ваше обслуживание в медицинской организации?**

за счет ОМС, бюджета

за счет ДМС

на платной основе

**15. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача) (ФИО, график работы, № кабинета и др.)?**

да

нет

**16. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру, врачу общей практики (семейному врачу)?**

раз в месяц

раз в квартал

раз в полугодие

раз в год

не обращаюсь

**17. Как часто Вы обращаетесь к врачам-специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог и другие)?**

раз в месяц

раз в квартал

раз в полугодие

раз в год

не обращаюсь

**18. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?**

да

нет

**Характеристика комментария**

положительный

отрицательный

**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