

АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях

Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

Субъект Российской Федерации

Республика Карелия

Полное наименование медицинской организации

ГБУЗ «Республиканский стоматологический центр»

Дата заполнения

« ____ » _____ 20 ____ г.

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

- заболевание
- травма
- диспансеризация
- профосмотр (по направлению работодателя)
- получение справки (для госпитализации, учебы, бассейна, 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 Ф.И.О. 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) (Ф.И.О., график работы, N кабинета и др.)?

- да нет

12. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру)?

- раз в месяц раз в полугодие не обращаюсь
 раз в квартал раз в год

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 полугодие не обращаюсь
 раз в квартал раз в год

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 ГБУЗ «Республиканский стоматологический центр» ?

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? (письменная благодарность, цветы, подарки, деньги, услуги и т.п.)

нет да