ГБУЗ РК «Печорский противотуберкулезный диспансер»

**АНКЕТА**

**для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями**

**в стационарных условиях.**

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество работы медицинской организации, в которой Вам оказывают медицинские услуги. **Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы.** Выберите один из вариантов на каждый вопрос. При этом не нужно указывать свое имя. Ваши личные данные нигде не прозвучат. Ваше мнение нам очень важно и будет учтено в дальнейшей работе.

1. **Вы были госпитализированы в назначенный срок?**

 да

 нет

1. **Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?**

 да

 нет *Что не удовлетворяет?*

  отсутствие свободных мест ожидания

  состояние гардероба

  состояние туалета

  отсутствие питьевой воды

  санитарные условия

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

 нет

  да *Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?*

  I группа

  II группа

  III группа

1. **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

1. **Перед госпитализаций 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

1. **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

1. **В каком режиме стационара Вы проходили лечение?**

 дневного стационара

  круглосуточного пребывания  *Удовлетворены ли Вы питанием во время*

 *пребывания в медицинской организации?*

 **** да **** нет

 *Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении*

*(доброжелательность, вежливость)?*

  да  нет

*Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?*

  да  нет

*Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?*

  нет

  да  *Необходимость:*

  для уточнения диагноза

  с целью сокращения срока лечения

  приобретение расходных материалов

1. **Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?**

 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

  Другое

1. **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

1. **Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в этой медицинской организации?**

  да  нет

1. **Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?**

  да  нет

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

  да  нет

1. **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

1. **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

Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Благодарим вас за участие в нашем опросе!

ГБУЗ РК «Печорский противотуберкулезный диспансер»

**АНКЕТА**

**для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями**

**в амбулаторных условиях**

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество работы медицинской организации, в которой Вам оказывают медицинские услуги. **Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы.** Выберите один из вариантов на каждый вопрос. При этом не нужно указывать свое имя. Ваши личные данные нигде не прозвучат. Ваше мнение нам очень важно и будет учтено в дальнейшей работе.

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

  к участковому врачу - фтизиатру

  к участковому врачу – фтизиопедиатру

1. **Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) у участкового врача – фтизиатра (врача – фтизиопедиатра)?**

  да **** нет

1. **Удовлетворены ли Вы компетентностью участкового** **врача – фтизиатра (врача – фтизиопедиатра)?**

 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

1. **Время ожидания приема у врача, к которому Вы записались ?**

24 часа и более  12 часов

8 часов **** 6 часов

  3 часа  менее 1 часа

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

да  Вы записались на прием к врачу?

 по телефону

 с использованием сети Интернет

 в регистратуре лично

 лечащим врачом на приеме при посещении



 нет  *По какой причине*

 не дозвонился

 не было талонов

 не было технической возможности записаться в электронном виде

  другое

1. **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

1. **Перед обращением в медицинскую организацию 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

1. **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

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

нет

  да  *Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?*

  I группа

  II группа

  III группа

ребенок – инвалид

 *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

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

 не назначалось

 14 календарных дней и более

 13 календарных дней

 12 календарных дней

 10 календарных дней

 7 календарных дней

 менее **7** календарных дней

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

да  нет

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

да  нет

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

 да  нет

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

нет

 да  *Характеристика комментария*

 положительный

 отрицательный

1. **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

 Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Благодарим вас за участие в нашем опросе!