



Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения города Москвы
«Морозовская детская городская клиническая больница
Департамента здравоохранения города Москвы»

Анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях

Укажите, пожалуйста, текущий месяц: _____ 2016 г.

Я являюсь ребенку _____ (матерью, отцом, бабушкой, дедушкой и т.п.)

ФИО и возраст ребенка (по желанию): _____

1. Укажите причину, по которой вы обратились в медицинскую организацию:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Диспансеризация | <input type="checkbox"/> Травма |
| <input type="checkbox"/> Однократный осмотр | <input type="checkbox"/> Для получения справки |
| <input type="checkbox"/> Динамическое наблюдение по поводу хронического заболевания | |

2. Ваше обслуживание в медицинской организации проходило:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> За счет ОМС | <input type="checkbox"/> За счет ДМС | <input type="checkbox"/> На платной основе |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|

3. Является ли Ваш ребенок инвалидом детства или страдает хроническим заболеванием?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
|-----------------------------|------------------------------|

Имелось ли все необходимое оборудоване для лиц с ограниченными возможностями?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет специального туалета |
| <input type="checkbox"/> Нет пандусов, поручней | <input type="checkbox"/> Нет специальных лифтов |
| <input type="checkbox"/> Нет голосовых сигналов | <input type="checkbox"/> Нет электрических подъемников |
| <input type="checkbox"/> Нет специального подъезда и парковки для автотранспорта | |
| <input type="checkbox"/> Нет информационных бегущих строк, информационных стендов | |
| <input type="checkbox"/> Нет информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля | |

4. Перед обращением Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
|-----------------------------|------------------------------|

Если да, то удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, представленной на сайте, о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
|-----------------------------|------------------------------|

5. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
|-----------------------------|------------------------------|

Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, представленной в такой форме?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
|-----------------------------|------------------------------|

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

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
|-----------------------------|------------------------------|

7. Как Вы записались на прием к врачу:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> По телефону | <input type="checkbox"/> Через Интернет | <input type="checkbox"/> В регистратуре лично |
| <input type="checkbox"/> Запись осуществил лечащий врач при посещении | | |

8. Врач принял Вас во время, установленное по записи?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
|-----------------------------|------------------------------|

Продолжение анкеты на обороте

9. Каков был срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием?
- Менее 5 дней 5–10 дней Более 10 дней
10. Если Вам были проведены другие диагностические лабораторные и инструментальные исследования (кроме компьютерной и магнитно-резонансной томографии), то каков был срок их ожидания?
- Менее 5 дней 5–10 дней Более 10 дней
 Другие лабораторные и инструментальные исследования не проводились
11. Если Вам проводилась компьютерная или магнитно-резонансная томография, то каков был срок ее ожидания?
- Менее 5 дней 5–10 дней Более 10 дней
 Компьютерная и магнитно-резонансная томография не проводились
12. Как часто Вы обращаетесь к специалистам Консультативного центра?
- Раз в месяц Раз в полугодие Раз в год
 Реже 1 раза в год/ранее не обращался
13. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?
- Да Нет, т.к. нет свободных мест ожидания
 Нет, из-за плохого состояния гардероба Нет, из-за плохого состояния туалета
 Нет, т.к. нет питьевой воды Нет, из-за плохих санитарных условий
14. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в медицинской организации (доброжелательность, вежливость)?
- Да Нет
15. Удовлетворены ли Вы компетентностью работников медицинской организации?
- Да
 Нет, не выписали рецепт Нет, не выдали выписку
 Нет, не разъяснили информацию о состоянии здоровья
 Нет, не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации
16. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации?
- Да Нет
17. Рекомендовали бы Вы данную организацию для получения медицинской помощи?
- Да Нет
18. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?
- Да Нет
19. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные медицинские услуги?
- Да Нет
- Кто был инициатором благодарности?*
- Я сам(а) Персонал медицинской организации
- Какова была форма благодарности?*
- Цветы Подарки Услуги Деньги
 Письменная благодарность (в журнале, на сайте)

Спасибо за заполнение анкеты!
Это очень важно для нашей работы