

АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг санаторно-курортными организациями

Наименование медицинской организации

1. Вы были госпитализированы в назначенный срок?

да нет

2. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?

да

нет \Rightarrow *Что не удовлетворяет?*

отсутствие свободных мест ожидания

состояние гардероба

состояние туалета

отсутствие питьевой воды

санитарные условия

3. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?

120 мин и более от 75 мин до 120 мин

от 60 мин до 75 мин от 45 мин до 60 мин

от 30 мин до 45 мин менее 30 мин

4. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)?

да нет

5. Вы были госпитализированы?

за счет ОМС, бюджет

за счет ДМС

на платной основе

6. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

нет

да \Rightarrow *Какую группу ограничения*

трудоспособности Вы имеете?

I группа

II группа

III группа

ребенок-инвалид

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

да

нет \Rightarrow *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

7. Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

нет

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

нет

да \Rightarrow *Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?*

да нет

9. Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?

да нет

10. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в медицинской организации (доброжелательность, вежливость)?

да нет

11. Возникала ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?

да нет

12. Возникала ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?

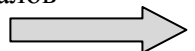
нет

да \Rightarrow *Необходимость:*

для уточнения диагноза

с целью сокращения срока лечения

приобретение расходных материалов



13. 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

14. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?

да

нет → *Что не удовлетворяет?*

санитарные условия

освещение, температурный режим

медицинской организации требуется ремонт

в медицинской организации старая мебель

15. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в этой медицинской организации?

да

нет

16. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?

да

нет

17. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую 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?

нет

да → *Характеристика комментария*

положительный

отрицательный