

**АНКЕТА**  
**для оценки качества условий оказания услуг**  
**медицинскими организациями в стационарных условиях**

штамп  
медицинской  
организации

**1. Госпитализация была:**

- экстренная (перейти к вопросу 4)  
 плановая

*Вы ожидали плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию:*

- 14 календарных дней и более  
 13 календарных дней  
 12 календарных дней  
 10 календарных дней  
 7 календарных дней  
 менее 7 календарных дней

*Вы были госпитализированы в назначенный срок?*

- да  нет

*Вам сообщили о дате госпитализации*

- по телефону  
 при обращении в медицинскую организацию  
 электронным уведомлением

**2. Вы удовлетворены комфортностью условий в приемном отделении?**

- да  
 нет

*Что именно Вас не удовлетворяет?*

- отсутствие свободных мест ожидания  
 состояние гардероба  
 состояние санитарно-гигиенических помещений  
 отсутствие питьевой воды  
 санитарное состояние помещений

**3. Вы удовлетворены отношением к Вам работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) во время пребывания в приемном отделении?**

- да  нет

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

- нет  
 да

*Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?*

- I группа  
 II группа  
 III группа  
 ребенок-инвалид

*В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?*

- да  
 нет

*Пожалуйста, укажите, что (кто) именно отсутствует:*

- выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов  
 пандусы, подъемные платформы  
 адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы  
 сменные кресла-коляски  
 дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации  
 дублирование информации шрифтом Брайля  
 специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения  
 сопровождающие работники  
 возможность оказания медицинской помощи инвалидам на дому

*Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?*

- да  нет

**5. Во время пребывания в медицинской организации Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?**

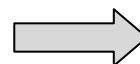
- нет  
 да

*Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?*

- да  нет

**6. Перед госпитализацией Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

- нет  
 да



Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?

да  нет

**7. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?**

да  
 нет

*Что именно Вас не удовлетворяет?*

- питание
- отсутствие питьевой воды
- состояние санитарно-гигиенических помещений
- санитарное состояние помещений
- действия персонала по уходу

**8. Вы удовлетворены отношением к Вам работников медицинской организации во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?**

да  нет

**9. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?**

да  нет

**10. Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации (представлением информации о размещении кабинетов медицинских работников, лабораторных и диагностических подразделений, санитарно-гигиенических помещений и др.)?**

да  нет

**11. В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?**

да  нет

**12. Вы используете электронные сервисы для взаимодействия с данной медицинской организацией (электронное обращение, электронная почта, часто задаваемые вопросы, др.)?**

да

*Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?*

да  нет

нет

**Мы благодарим Вас за участие!**