

## АНКЕТА

для оценки качества условий оказания услуг  
медицинскими организациями в амбулаторных условиях  
(врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики)

штамп  
медицинской  
организации

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

- к врачу-терапевту участковому  
 к врачу-педиатру участковому  
 к врачу общей практики (семейному врачу)

**2. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались (вызвали на дом), с момента записи на прием составило?**

- 24 часа и более       12 часов  
 8 часов               6 часов  
 3 часа                 менее 1 часа

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

да

*Вы записались на прием к врачу (вызвали врача на дом)?*

- по телефону медицинской организации  
 по телефону Единого кол-центра  
 при обращении в регистратуру

*Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?*

да       нет

- через официальный сайт медицинской организации  
 через Единый портал государственных услуг ([www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru))

нет

*По какой причине*

- не дозвонился  
 не было талонов  
 не было технической возможности записаться в электронном виде  
 другое

**4. Врач принял Вас в установленное по записи время?**

да       нет

**5. Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?**

да       нет

**6. При обращении в медицинскую организацию 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

**7. Перед обращением в медицинскую организацию 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

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

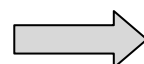
да  
 нет

*Что именно Вас не удовлетворяет?*

- отсутствие свободных мест ожидания  
 наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников  
 состояние гардероба  
 отсутствие питьевой воды  
 отсутствие санитарно-гигиенических помещений  
 состояние санитарно-гигиенических помещений  
 санитарное состояние помещений  
 отсутствие мест для детских колясок (для медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению)

**9. 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

**10. При обращении в медицинскую  
организацию Вам назначались  
диагностические исследования (лабораторные  
исследования, инструментальные  
исследования (ЭКГ, ЭЭГ, Рентген, УЗИ, др.),  
компьютерная томография, магнитно-  
резонансная томография, ангиография)?**

- да

Вы ожидали проведения исследования:

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

Исследование выполнено во время,  
установленное по записи?

- да  нет

- нет

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

- да  нет

**12. 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

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

- да  нет

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

- да

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

- да  нет

- нет

**Мы благодарим Вас за участие!**