

**АНКЕТА для оценки качества оказания услуг медицинскими  
организациями в амбулаторных условиях**

Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

---

Полное наименование медицинской организации

---

Месяц, год текущий

---

**1. Причина, по которой Вы обратились в медицинскую организацию?**

- заболевание
- травма
- диспансеризация
- получение справки
- закрытие листка нетрудоспособности

**2. Ваше обслуживание в медицинской организации?**

- за счет ОМС
- за счет ДМС
- на платной основе

**3. Имеете ли Ваш ребенок установленную группу ограничения трудоспособности?**

- нет
- да

Какую группу ограничения трудоспособности он имеет?

- I группа
- II группа
- III группа

**4. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и Ф.И.О. врача)?\***

- да
- нет

**5. Вы записались на прием к врачу?**

- по телефону
- с использованием сети Интернет
- в регистратуре лично

лечащим врачом на приеме при посещении

**6. Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на**

- 10 дней
- 9 дней
- 8 дней
- 7 дней
- 5 дней
- меньше 5 дней

**7. Врач Вас принял во время, установленное по записи?**

- да
- нет

**8. 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

**9. Перед посещением врача Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?**

- нет
- да

**Для пациентов ГБУЗ «Детской Стоматологической Поликлиники №63 ДЗМ»**

**10. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?**

- да
- нет

**11. 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

**12.** Вы знаете своего врача стоматолога(Ф.И.О., график работы, N кабинета и др.) ?

- да
- нет

**13.** Как часто Вы обращаетесь к стоматологу?

- раз в месяц
- раз в квартал
- раз в полугодие
- раз в год
- не обращаюсь

**14.** Вы удовлетворены обслуживанием у врача стоматолога (доброжелательность, вежливость)?

- да
- нет

**15.** Удовлетворены ли Вы компетентностью врача стоматолога?

- да
- нет
- Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
- Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации
- Вам не дали выписку
- Вам не выписали рецепт

**16.** Срок ожидания диагностического исследования (рентгенография)?

- 30 дней
- 29 дней
- 28 дней
- 27 дней
- 15 дней
- меньше 15 дней

**17.** Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?

- да
- нет

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

- да
- нет

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

- да
- нет

**20.** 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