

## Анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях

Когда и в какую медицинскую организацию Вы были госпитализированы ? Субъект Российской Федерации

ГКУЗ НО «Санаторий «Старая Пустынь»

Месяц, год текущий

Июль 2022

<b>Общее количество анкет за отчетный период</b>	
<b>1. Госпитализация была:</b>	
плановая	0
экстренная	0
<b>2. Вы были госпитализированы:</b>	
за счет ОМС	0
за счет ДМС	0
на платной основе	0
<b>3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?</b>	
нет	0
да	0
<b>Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?</b>	
I группа	0
II группа	0
III группа	0
<b>Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?</b>	
да	0
нет	0
отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта	0
отсутствие пандусов, поручней	0
отсутствие электрических подъемников	0
отсутствие специальных лифтов	0
отсутствие голосовых сигналов	0
отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов	0
отсутствие информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля	0
отсутствие специально оборудованного туалета	0
<b>4. Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?</b>	
нет	0
да	0
<b>Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?</b>	
да	0
нет	0
<b>5. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?</b>	
нет	0
да	0
<b>Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?</b>	
да	0
нет	0
<b>6. В каком режиме стационара Вы проходили лечение?</b>	
круглосуточного пребывания	0
дневного стационара	0
<b>7. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?</b>	
да	0
нет	0
<b>Что не удовлетворяет?</b>	
отсутствие свободных мест ожидания	0
состояние гардероба	0
состояние туалета	0
отсутствие питьевой воды	0
санитарные условия	0
<b>8. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?</b>	
до 120 минут	0
до 75 минут	0
до 60 минут	0
до 45 минут	0
до 30 минут	0
<b>9. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)?</b>	
да	0
нет	0
<b>10. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?</b>	
да	0
нет	0

<b>11. Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?</b>	
30 дней	0
29 дней	0
28 дней	0
27 дней	0
15 дней	0
меньше 15 дней	0
<b>12. Возникла ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?</b>	
да	0
нет	0
<b>13. Возникла ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?</b>	
нет	0
да	0
<b>Необходимость:</b>	
для уточнения диагноза	0
с целью сокращения срока лечения	0
приобретение расходных материалов	0
<b>14. Удовлетворены ли вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?</b>	
да	0
нет	0
Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья	0
Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации	0
Вам не дали выписку	0
<b>15. Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?</b>	
да	0
нет	0
<b>16. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?</b>	
да	0
нет	0
<b>Что не удовлетворяет:</b>	
уборка помещений	0
освещение, температурный режим	0
медицинской организации требуется ремонт	0
в медицинской организации старая мебель	0
<b>17. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами медицинской организации?</b>	
да	0
нет	0
<b>18. Удовлетворены ил Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?</b>	
да	0
нет	0
<b>19. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?</b>	
да	0
нет	0
<b>20. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?</b>	
да	0
нет	0
<b>21. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?</b>	
нет	0
да	0
<b>Кто был инициатором благодарения?</b>	
я сам (а)	0
персонал медицинской организации	0
<b>Форма благодарения:</b>	
письменная благодарность (в журнале, на сайте)	0
цветы	0
подарки	0
услуги	0
деньги	0

Исполнитель \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_