|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Приложение № 3 |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   | к Приказу № 83 от 09.01. 2017 г. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Рязанский областной клинический госпиталь для ветеранов войн» (ГБУ РО РОКГВВ)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Месяц, год текущий** |  |  |  |  |  |  |  |
|   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1. Причина, по которой Вы обратились в медицинскую организацию?** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |
|   | заболевание |  |  |  |  |  |  |  |
|   | травма |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | диспансеризация |  |  |  |  |  |  |  |
|   | профосмотр (по направлению работодателя) |  |  |  |  |
|   | получение справки (для бассейна, для водительского удостоверения и т.д.) |  |
|   |  закрытие листка нетрудоспособности |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Ваше обслуживание в медицинской организации?** |  |  |  |  |
|   | за счет ОМС |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  за счет ДМС |  |  |  |  |  |  |  |
|   | на платной основе |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?**  |  |
|   | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?** |  |  |  |
|   |  I группа |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | II группа |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  III группа |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?** |
|   |  да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта |  |  |
|   | отсутствие пандусов, поручней |  |  |  |  |  |
|   |  отсутствие электрических подъемников |  |  |  |  |
|   |  отсутствие специальных лифтов |  |  |  |  |  |
|   |  отсутствие голосовых сигналов |  |  |  |  |  |
|   | отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов |  |  |
|   |  отсутствие информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля |  |  |
|   | отсутствие специально оборудованного туалета |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО 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 прием** |
|   |  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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?** |
|   | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра) (ФИО, график работы, N кабинета и др.)?** |
|   | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру)?** |  |  |
|   | раз в месяц |  |  |  |  |  |  |  |
|   | раз в квартал |  |  |  |  |  |  |  |
|   | раз в полугодие |  |  |  |  |  |  |  |
|   | раз в год |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | не обращаюсь |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13. Вы удовлетворены обслуживанием у участкового терапевта (педиатра) (доброжелательность, вежливость) ?** |
|   | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14. Удовлетворены ли Вы компетентностью участкового врача (педиатра) ?** |  |
|   |  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 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15. Как часто Вы обращаетесь к узким специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог и др.)?** |
|   | раз в месяц |  |  |  |  |  |  |  |
|   | раз в квартал |  |  |  |  |  |  |  |
|   | раз в полугодие |  |  |  |  |  |  |  |
|   | раз в год |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | не обращаюсь |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16. Вы удовлетворены обслуживанием у узких специалистов (доброжелательность, вежливость)?** |
|   |  да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17. Удовлетворены ли вы компетентностью узких специалистов?** |  |  |
|   |  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 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18. Срок ожидания диагностического исследования (диагностические инструментальные и лабораторные исследования) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?** |
|   | 10 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 9 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  8 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 7 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 5 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | меньше 5 дней |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19. Срок ожидания диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?** |
|   | 30 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 29 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 28 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 27 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 15 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | меньше 15 дней |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20. Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?** |
|   | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?** |
|   |  да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **22. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?** |
|   | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **23. 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Приложение № 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | к Приказу № 83 от 09.01.2017 г. |
| **Анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях****Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Рязанский областной клинический госпиталь для ветеранов войн» (ГБУ РО РОКГВВ)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Месяц, год текущий** |  |  |  |  |  |  |  |
|   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1. Госпитализация была:** |
|   | плановая |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | экстренная |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Вы были госпитализированы:** |
|   | за счет ОМС |  |  |  |  |  |  |  |
|   | за счет ДМС |  |  |  |  |  |  |  |
|   | на платной основе |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?** |
|   | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | \*да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?** |
|   | I группа |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | II группа |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | III группа |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?** |
|   | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | \* нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта |  |  |
|   |  отсутствие пандусов, поручней |  |  |  |  |  |
|   | отсутствие электрических подъемников |  |  |  |  |  |
|   |  отсутствие специальных лифтов |  |  |  |  |  |
|   |  отсутствие голосовых сигналов |  |  |  |  |  |
|   |  отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов |  |
|   |  отсутствие информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля |  |  |
|   | отсутствие специального оборудованного туалета |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4. Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?** |
|   |  нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | \* да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?** |
|   |  да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5. 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6. В каком режиме стационара Вы проходили лечение?** |  |  |  |
|   |  круглосуточного пребывания |  |  |  |  |  |  |
|   | дневного стационара |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?** |  |  |
|   | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | \* нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Что не удовлетворяет? |  |  |  |  |  |  |  |
|   | отсутствие свободных мест ожидания |  |  |  |  |  |
|   | состояние гардероба |  |  |  |  |  |  |
|   |  состояние туалета |  |  |  |  |  |  |  |
|   | отсутствие питьевой воды |  |  |  |  |  |  |
|   | санитарные условия |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?** |  |  |  |
|   |  до 120 мин. |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  до 75 мин. |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  до 60 мин. |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  до 45 мин. |  |  |  |  |  |  |  |
|   | до 30 мин. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)?** |
|   | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?** |
|   | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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)?** |
|   | 30 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  29 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  28 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 27 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  15 дней |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  меньше 15 дней |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12. Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?** |
|   |  да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13. Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?** |
|   |  нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | \* да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Необходимость: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  для уточнения диагноза |  |  |  |  |  |  |
|   |  с целью сокращения срока лечения |  |  |  |  |  |
|   |  приобретение расходных материалов |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?** |
|   |  да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | \* нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья |  |  |  |
|   | Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации |  |  |
|   |  Вам не дали выписку |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15. Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?** |
|   |  да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?** |  |
|   | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | \* нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Что не удовлетворяет?** |  |  |  |  |  |  |  |
|   | уборка помещений |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  освещение, температурный режим |  |  |  |  |  |
|   |  медицинской организации требуется ремонт |  |  |  |  |
|   |  в медицинской организации старая мебель |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации?** |  |
|   |  да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?** |
|   |  да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?** |
|   | да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?** |
|   |  да |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  нет |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21. 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |