Приложение № 2

к Методическим рекомендациям

 по проведению независимой

 оценки качества работы

 государственных (муниципальных) учреждений,

оказывающих услуги

 в сфере здравоохранения,

утвержденным приказом Минздрава России

 от №

 *Примерный образец*

**АНКЕТА**

 **по анализу удовлетворенности качеством**

**предоставления медицинских услуг**

 **в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях**

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество работы медицинской организации, в которой Вам оказывают медицинские услуги.

Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы. Выберите один из вариантов на каждый вопрос.

При этом не нужно указывать свое имя, Ваши личные данные нигде не прозвучат.

Ваше мнение нам очень важно и будет учтено в дальнейшей работе.

1. ***Когда Вам приходилось последний раз обращаться в медицинскую организацию для получения медицинской помощи?***
* обращался (напишите месяц, год)
* не обращался в данную медицинскую организацию за получением медицинской помощи
1. ***Когда Вам потребовалось посещение врача, удалось ли Вам записаться на прием при первом обращении в медицинскую организацию?***
* да
* нет
* не обращался
1. ***Сколько дней прошло с момента обращения в медицинскую организацию за получением медицинской помощи у нужного Вам врача до назначенного времени приема у врача?***
* прошло около\_\_\_\_\_\_\_\_ дней
* не обращался
1. ***Насколько легко Вам удалось записаться на прием к врачу одним из указанных способов?***

***по телефону:***

* очень легко
* легко
* сложно
* очень сложно
* не удалось записаться
* не пользовался

***личное обращение в регистратуру:***

* очень легко
* легко
* сложно
* очень сложно
* не удалось записаться
* не пользовался

***через интернет:***

* очень легко
* легко
* сложно
* очень сложно
* не удалось записаться
* не пользовался
1. ***Сколько времени Вы ожидали приема в очереди?***
* практически не пришлось ожидать в очереди
* да, пришлось ждать приема в очереди около \_\_\_\_\_\_\_\_ минут (ы)
* не помню
1. ***Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?***
* полностью удовлетворен
* частично удовлетворен
* скорее не удовлетворен
* полностью не удовлетворен
1. ***Если Вам приходилось вызывать участкового врача на дом, то получили ли Вы необходимую помощь и консультацию?***
* да, помощь была оказана на дому вовремя
* да, помощь была оказана позже, чем это требовалось
* нет, пришлось самостоятельно обращаться в ЛПУ
* не возникало необходимости вызывать врача на дом
1. ***В случае, если после обращения в медицинскую организацию Вы получили направление на плановую госпитализацию, то сколько времени Вам пришлось ожидать плановую госпитализацию?***
* Количество дней ожидания (напишите)\_\_\_\_\_\_\_\_ дней
1. ***В случае если после обращения в медицинскую организацию Вам были назначены диагностические исследования, то сколько времени прошло от назначения до прохождения Вами исследований и от прохождения исследований до получения результатов исследования?***
2. Количество дней от назначения до прохождения исследований \_\_\_ дней
3. Количество дней от прохождения результатов исследований \_\_\_ дней
4. ***Удовлетворены ли Вы приемом у врача? Оцените по 5-балльной шкале, где 1 – крайне плохо, а 5 – отлично***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Работа врача и медицинской сестры | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Вежливость и внимательность врача | крайне плохо | плохо | удовлетворительно | хорошо | отлично |
| 2 | Вежливость и внимательность медицинской сестры | крайне плохо | плохо | удовлетворительно | хорошо | отлично |
| 3 | Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения | крайне плохо | плохо | удовлетворительно | хорошо | отлично |
| 4 | Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения | крайне плохо | плохо | удовлетворительно | хорошо | отлично |

1. ***Удовлетворены ли Вы результатами оказания медицинской помощи?***
* да, полностью
* больше да, чем нет
* больше нет, чем да
* не удовлетворен
1. ***Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?***
* да
* нет
* пока не знаю
1. ***Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации?***
* да, полностью
* больше да, чем нет
* больше нет, чем да
* не удовлетворен

***Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Дата заполнения «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.*

**БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ**

**В НАШЕМ ОПРОСЕ!**