

**Анкета для оценки качества условий оказания услуг  
медицинскими организациями в амбулаторных условиях**

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

- к врачу-терапевту участковому (перейти к [вопросам 2-3](#))
- к врачу-педиатру участковому (перейти к [вопросам 2-3](#))
- к врачу общей практики (семейному врачу) (перейти к [вопросам 2-3](#))
- к врачу-специалисту (кардиолог, невролог, офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, другие) (перейти к [вопросам 2а-3а](#))
- иное (диспансеризация, медицинский осмотр, др.) (перейти к [вопросам 2а-3а](#))

**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 (перейти к [вопросу 3.1](#))
- нет (перейти к [вопросу 3.2](#))

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

- по телефону медицинской организации (перейти к [вопросу 3.1.1.](#))
- по телефону Единого кол-центра (перейти к [вопросу 3.1.1.](#))
- при обращении в регистратуру (перейти к [вопросу 3.1.1.](#))
- через официальный сайт медицинской организации
- через Единый портал государственных услуг (www.gosuslugi.ru)

**3.1.1а. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?**

- да

нет

**3.2а. 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.)?**

да (перейти к [вопросу 6.1](#))

нет

**6.1. 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?**

да (перейти к [вопросу 7.1](#))

нет

**7.1. 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 (перейти к [вопросу 8.1](#))

**8.1. 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?**

да (перейти к [вопросам 9.1-9.3](#))

нет

**9.1. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?**

I группа

II группа

III группа

ребенок-инвалид

**9.2. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?**

да

нет (перейти к [вопросу 9.2.1](#))

**9.2.1. 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

**9.3. 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 (перейти к [вопросу 10.1](#))
- нет (перейти к [вопросу 11](#))

**10.1. 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

**10.2. Исследование выполнено во время, установленное по записи?**

- да

—

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, др.)?**

нет (опрос завершен)

да (перейти к [вопросу 14.1.](#))

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

да

нет

Мы благодарим Вас за участие!

**Если Вы хотите оставить предложения по работе данной медицинской организации, пожалуйста, напишите: (не более 150 знаков)**

**Анкета для оценки качества условий оказания услуг  
медицинскими организациями в стационарных условиях**

**1. Госпитализация была:**

\_\_\_\_\_ Вопрос не относится к специализированным больницам психиатрическим, в том числе детским, и санаторно-курортным организациям.

- экстренная (перейти к [вопросу 4](#))
- плановая (перейти к [вопросам 1.1-1.3](#))

**1.1. Вы ожидали плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию:**

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

**1.2. Вы были госпитализированы в назначенный срок?**

- да
- нет

**1.3. Вам сообщили о дате госпитализации**

- по телефону
- при обращении в медицинскую организацию
- электронным уведомлением

**2. Вы удовлетворены комфортностью условий в приемном отделении?**

- да
- нет (перейти к [вопросам 2.1](#))

**2.1. Что именно Вас не удовлетворяет?**

- отсутствие свободных мест ожидания
- \_\_\_\_\_

- состояние гардероба
- состояние санитарно-гигиенических помещений
- отсутствие питьевой воды
- санитарное состояние помещений

**3. Вы удовлетворены отношением к Вам работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) во время пребывания в приемном отделении?**

- да
- нет

**4. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?**

- да (перейти к [вопросам 4.1-4.3](#))
- нет

**4.1. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?**

- I группа
- II группа
- III группа
- ребенок-инвалид

**4.2. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?**

- да (перейти к [вопросу 4.3](#))
- нет (перейти к [вопросу 4.2.1](#))

**4.2.1. 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

**4.3. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?**

да

нет

**5. Во время пребывания в медицинской организации Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?**

да (перейти к [вопросу 5.1](#))

нет

**5.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?**

да

нет

**6. Перед госпитализацией Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

да (перейти к [вопросу 6.1](#))

нет

**6.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

да

нет

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

да

нет (перейти к [вопросу 7.1](#))

**7.1. Что именно Вас не удовлетворяет?**

питание

—



- отсутствие питьевой воды
- состояние санитарно-гигиенических помещений
- санитарное состояние помещений
- действия персонала по уходу

**8. Вы удовлетворены отношением к Вам работников медицинской организации во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?**

- да
- нет

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

- да
- нет

**10. 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

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

- да
- нет

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

- нет (опрос завершен)
- да (перейти к [вопросу 12.1.](#))

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

- да
-

нет

Мы благодарим Вас за участие!

**Если Вы хотите оставить предложения по работе данной медицинской организации, пожалуйста, напишите свои предложения: (не более 150 знаков)**

Форма Анкеты соответствует Приложению №2 приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 июля 2018 года N 442 (В редакции, введенной в действие [приказом Минздрава России от 28 января 2020 года N 52](#))