

АНКЕТА ДЛЯ ОПРОСА ГРАЖДАН

Дата заполнения анкеты: _____

Регион: _____

Медицинское учреждение: **ГБУЗ города Москвы "Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы"**

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

Форма анкеты: **электронная**

Выбранные ответы:

- 1. Вы обратились в медицинскую организацию?
 - **иное (диспансеризация, медицинский осмотр, др.)**
- 2а. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило?
 - **14 календарных дней и более**
- 3а. Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию?
 - **да**
 - **нет**
- 3.1а. Вы записались на прием к врачу?
 - **по телефону медицинской организации**
- 3.1.1а. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?
 - **да**
 - **нет**
- 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**
 - **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**
 - **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**
- 9. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?
 - **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**
 - **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.)?
 - **да**
- 14.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?
 - **да**
 - **нет**

АНКЕТА ДЛЯ ОПРОСА ГРАЖДАН

Дата заполнения анкеты: _____

Регион: **Москва**

Медицинское учреждение: **ГБУЗ города Москвы "Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы"**

АНКЕТА для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях

Форма анкеты: **электронная**

Выбранные ответы:

- 1. Вы обратились в медицинскую организацию?
 - **к врачу-специалисту (кардиолог, невролог, офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, другие)**
- 2а. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило?
 - **10 календарных дней**
- 3а. Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию?
 - **да**
 - **нет**
- 3.1а. Вы записались на прием к врачу?
 - **с использованием сети Интернет на официальном сайте медицинской организации**
- 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**
 - **нет**
- 7. Перед обращением в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?
 - **да**
 - **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
- 9. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?
 - 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
 - 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
- 14. Вы используете электронные сервисы для взаимодействия с данной медицинской организацией (электронное обращение, электронная почта, часто задаваемые вопросы, др.)?
 - да
 - нет
- 14.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?
 - да
 - нет