Приложение № 1

АНКЕТА
для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях

ГДКБ им. Г.К. «Филиппского» г. Ставрополя

1. Госпитализация была:

☐ ***экстренная***

☐ ***плановая*** ⇨ *Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию?*

☐ 30 календарных дней и более
☐ 29 календарных дней
☐ 28 календарных дней
☐ 15 календарных дней
☐ менее 15 календарных дней

Вы были госпитализированы в назначенный срок?

☐ да ☐ нет

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

Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?

☐ 120 мин и более ☐ от 75 мин до120 мин
☐ от 60 мин до75 мин ☐ от 45 мин до 60 мин
☐ от 30 мин до 45 мин ☐ менее 30 мин

Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)?

☐ ***да*** ☐ ***нет***

2. Вы были госпитализированы?

☐ за счет ОМС, бюджет
☐ 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
☐ IIIгруппа
☐ ребенок-инвалид

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

☐ ***да***

☐ ***нет*** ⇨ *Пожалуйста укажите, что именно отсутствует*

☐ отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов
☐ отсутствие пандусов, поручней
☐ отсутствие подъемных платформ (аппарелей)
☐ отсутствие адаптированных лифтов
☐ отсутствие сменных кресел-колясок
☐ отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов, голосовых сигналов
☐ отсутствие информации шрифтом Брайля
☐ отсутствие доступных санитарно-гигиенических помещений
☐ отсутствие сопровождающих работников

4. Перед госпитализаций Вы заходили на официальный сайт медицинскойорганизации?

☐ ***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?

☐ дневного стационара
☐ круглосуточного пребывания ⇨

Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?

☐ ***да*** ☐ ***нет***

Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?

☐ ***да*** ☐ ***нет***

Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?

☐ ***да*** ☐ ***нет***

⇨

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

7. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

☐ ***да***

☐ ***нет*** ⇨ *Что именно Вас не удовлетворило?*

☐ Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

☐ Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

☐ Вам не дали выписку

☐ Другое

8. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинскойорганизации?

☐ ***да***

☐ ***нет*** ⇨ *Что не удовлетворяет?*

☐ санитарные условия

☐ освещение, температурный режим

☐ медицинской организации требуется ремонт

☐ в медицинской организации старая мебель

9. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в этой медицинскойорганизации?

☐ ***да*** ☐ ***нет***

10. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?

☐ ***да*** ☐ ***нет***

11. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

☐ ***да*** ☐ ***нет***

12. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?

☐ ***нет***

☐ ***да*** ⇨ *Характеристика комментария*

☐ положительный

☐ отрицательный