

**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-специалисту (кардиолог, невролог, офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, другие) (перейти к вопросам 2а-3а)
- к врачу-педиатру участковому (перейти к вопросам 2-3)
- к врачу общей практики (семейному врачу) (перейти к вопросам 2-3)
- 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 колл-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](http://www.gosuslugi.ru))

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

- да  нет

**3.2. По какой причине?**

- не дозвонился  не было технической возможности записаться в электронном виде
- не было талонов  другое

**2а. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило:**

- 14 календарных дней и более  13 календарных дней  12 календарных дней
- 10 календарных дней  7 календарных дней  менее 7 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 (перейти к вопросу 3.1а)  нет (перейти к вопросу 3.2а)

для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями  
в амбулаторных условиях

**3.1а. Вы записались на прием к врачу:**

- по телефону медицинской организации ( перейти к вопросу 3.1.1а)
- по телефону Единого колл- центра (перейти к вопросу 3.1.1.а)
- при обращении в регистратуру ( перейти к вопросу 3.1.1.а)
- лечащим врачом на приеме при посещении ( перейти к вопросу 3.1.1а)
- через официальный сайт медицинской организации

**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 технической возможности записаться в электронном виде
- не было талонов  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 организации Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, информаты 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)

для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями  
в амбулаторных условиях

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

- отсутствие свободных мест ожидания  отсутствие питьевой воды   
наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников   
состояние гардероба  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  дублирование информации шрифтом Брайля   
адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы   
дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации   
специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения   
сменные кресла-коляски  сопровождающие работники   
возможность оказания услуг 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?**

- да (перейти к вопросам 10.1-10.3)  нет (перейти к вопросу 11)

**10.1. Вам назначались:** (возможен выбор всех трех видов диагностических исследований)

- лабораторные исследования (перейти к вопросу 10.1.1.-10.1.2)   
инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, Рентген, УЗИ, др.)   
(перейти к вопросу 10.2.1-10.2.2)  
компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография   
(перейти к вопросу 10.3.1-10.3.2)

для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями  
в амбулаторных условиях

**10.1.1. 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

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

да  нет

**10.2.1. 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

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

да  нет

**10.3.1. Вы ожидали проведения исследования:**

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

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

да  нет

**11. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организации 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

**для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями  
в стационарных условиях****1. Госпитализация была:**<sup>1</sup>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:**30 календарных дней и более       29 календарных дней       28 календарных дней   
27 календарных дней       15 календарных дней       менее 15 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       отсутствие питьевой воды   
состояние санитарно-гигиенических помещений       санитарное состояние помещений   
состояние гардероба **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       дублирование информации шрифтом Брайля   
адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы   
дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации   
специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения   
сменные кресла-коляски       сопровождающие работники 

<sup>1</sup> Вопрос не относится к специализированным больницам психиатрическим, в том числе детским, и санаторно-курортным организациям

для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями  
в стационарных условиях

**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, информаты и др.)?**

да (перейти к вопросу 5.1)  нет

**5.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации и 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 и 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?**

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

**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

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

**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