|  |
| --- |
| **ГБУЗ «ДГП №15 ДЗМ»** |

**АНКЕТА**

**Социологического опроса по определению удовлетворенности населения города Москвы**

**медицинским обслуживанием**

Ваши ответы на вопросы этой анкеты будут использованы для оценки доступности и качества оказания медицинской помощи в нашем лечебно-профилактическом учреждении для их повышения

**Сведения о распонденте: Ф.И.О** (заполняется по желанию) ­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Пол** Мужской Женский

**Возраст Материальное положение (месячный доход)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

до 25 лет от 45 до 60 л ниже 10 тысяч рублей

от 25 до 35 лет свыше 60 лет от 10 до 25 тысяч рублей от 35 до 45 свыше 25 тысяч рублей

**Отношение к труду Для неработающих**

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

работающий временно не работающий

неработающий домохозяйка безработный

Социальная категория (отметить все необходимые категории)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

учащийся (студент) многодетные родители

пенсионер одинокие родители

инвалид ребёнок из многодетной семьи другое(указать)  **1. Месяц и год обращения в данную медицинскую организацию**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

январь июль

февраль август март сентябрь

апрель октябрь

май ноябрь

июнь декабрь

**2. Причина, по которой Вы (Ваш ребёнок) обратились в медицинскую организацию?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

заболевание

травма

диспансеризация

профосмотр

получение справки

закрытие листка нетрудоспособности

**3. Ваше обслуживание в медицинской организации?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

за счёт ОМС, бюджета

за счет ДМС

на платной основе

**4. Имеете ли Вы (Ваш ребёнок) установленную группу ограничения**

|  |
| --- |
|  |
|  |

нет

да

**5. Какую группу ограничения трудоспособности Вы (Ваш ребёнок) имеете?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

I группа II группа III группа

**6. Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

**7. Пожалуйста, укажите, что именно отсутствует**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта отсутствие пандусов, поручней

отсутствие электрических подъемников отсутствие специальных лифтов отсутствие голосовых сигналов отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов

отсутствие информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля отсутствие специального оборудованного туалета

**8. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача)?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

**9. Вы записались на прием к врачу?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

по телефону

с использованием сети Интернета

в регистратуре лично лечащим врачом на приеме при посещении

**10. срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

10дней и более 9 дней

8 дней 7 дней 5 дней меньше 5 дней

**11. Врач Вас принял во время, установленное по записи?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да нет

**12. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

**13. Что не удовлетворяет?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

отсутствие свободных мест ожидания

состояние гардероба состояние туалета отсутствие питьевой воды санитарные условия

**14. Перед посещением врача Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

нет да

**15.Удовлетворены ли вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальной организации?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

**16. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы о др.)?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

нет

да

**17. Удовлетворены ли Вы и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

**18. Вы знаете своего участкового педиатра (ФИО, график работы, кабинета и др.)?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

**19. Как Вы часто обращайтесь к участковому педиатру?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

раз в месяц

раз в квартал

раз в полугодие

раз в год

не обращаюсь

**20. Вы удовлетворены обслуживанием у участкового врача педиатра?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

**21. Удовлетворены ли вы компетентностью участкового педиатра?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

**22. Что именно Вас не удовлетворило?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Вам не разъяснили информацию о состоянии и реабилитации Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

Вам не дали выписку

Вам не выписали рецепт

**23. Как часто Вы обращаетесь к узким специалистам (лор, хирург. невролог, офтальмолог и др.)?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

раз в месяц раз в квартал

раз в полугодие раз в год

не обращаюсь

**24. Вы удовлетворены обслуживанием у узких специалистов?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

**25. Удовлетворены ли вы компетентностью узких специалистов?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

**26. Что именно не удовлетворяет?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Вам не разъяснили информацию о состоянии и реабилитации

Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

Вам не дали выписку

Вам не выписали рецепт

**27 Срок ожидания диагностического исследования (диагностические инструментальные и лабораторные исследования) с момента получения направления на диагностическое исследование?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

да нет 10дней и более

да нет 9 дней

да нет 8 дней

да нет 7 дней

да нет 5 дней

да нет меньше 5 дней

**28. Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

да нет 10 дней и более

д анет 9 дней и более

да нет 8 дней и более

да нет 7 дней и более

да нет 6 дней и более

да нет5 дней и более

**34. Срок ожидания диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

30дней и более 29 дней

28 дней

27 дней 15 дней меньше 15 дней

35. **Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

да нет 30 дней и более

данет 29 дней

да нет 28 дней

да нет 27 дней

да нет 26 дней

да нет **2**5 дней

42**. Вы удовлетворены доброжелательностью и вежливостью работников этой медицинской организации?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

43. **Вы удовлетворены компетентностью медицинских работников этой медицинской организации?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

44**. Рекомендовали бы вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощью?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да

нет

45. **Оставляли ли Вы комментарии о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

да нет

46. **Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные вам медицинские услуги?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

нет

да

47. **Кто был инициатором благодарения?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

я сам (а) персонал медицинской организации

48**. Форма благодарения:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

письменная благодарность (в журнале, на сайте)

цветы

подарки

услуги

деньги