Приложение № 2
к [приказу](#sub_0) министерства

здравоохранения Тульской области
от \_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма

# Анкетадля оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях

**1. Госпитализация была:**[**\***](#sub_11)

 экстренная (перейти к вопросу [4](#sub_2004))

 плановая (перейти к вопросам [1.1-1.3](#sub_2011))

**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](#sub_2021))

**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](#sub_2041))

 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](#sub_2043))

 нет (перейти к вопросу [4.2.1](#sub_1421))

**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](#sub_2051))

 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](#sub_2061))

 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](#sub_2071))

**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.](#sub_2121))

**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)

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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