

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями  
в амбулаторных условиях  
(врачом - терапевтом участковым, врачом - педиатром  
участковым, врачом общей практики)

приказом  
министерства здравоохранения  
Новосибирской области  
от 24.05.16 № 1377

Наименование медицинской организации

Текущий месяц

1. Вы обратились в медицинскую организацию?

- к врачу-терапевту участковому  
 к врачу-педиатру участковому  
 к врачу общей практики (семейному врачу)

2. Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) у участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача)?

- да  нет

3. Удовлетворены ли Вы компетентностью участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача)?

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  
 Вам не выписали рецепт  Другое

4. Форма обращения

- на прием  вызов на дом

5. Время ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием?

- 24 часа и более  12 часов  
 8 часов  6 часов  
 3 часа  менее 1 часа

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

да ➔ Вы записались на прием к врачу (вызвали врача на дом)?

- по телефону  
 с использованием сети Интернет  
 в регистратуре лично  
 лечащим врачом на приеме при посещении

нет ➔ По какой причине

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

7. Врач Вас принял во время, установленное по записи?

- да  нет

8. 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

9. Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

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

10. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?

да

нет ➔ Что не удовлетворяет?

- отсутствие свободных мест ожидания  
 состояние гардероба  
 состояние туалета  
 отсутствие питьевой воды  
 санитарные условия  
 отсутствие мест для детских колясок

11. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

нет

да ➔ Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- I группа  
 II группа  
 III группа  
 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

12. Вы ожидали проведения диагностического исследования (инструментального, лабораторного) с момента получения направления на диагностическое исследование?

- не назначалось
- 14 календарных дней и более
- 13 календарных дней
- 12 календарных дней
- 10 календарных дней
- 7 календарных дней
- менее 7 календарных дней

Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?

- да
- нет

13. Вы ожидали проведения диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование?

- не назначалось
- 30 календарных дней и более
- 29 календарных дней
- 28 календарных дней
- 27 календарных дней
- 15 календарных дней
- менее 15 календарных дней

Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?

- да
- нет

14. Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?

- да
- нет

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

- да
- нет

16. Ваше обслуживание в медицинской организации?

- за счет ОМС, бюджет
- за счет ДМС
- на платной основе

17. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача) (ФИО, график работы, № кабинета и др.)?

- да
- нет

18. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру, врачу общей практики (семейному врачу)?)

- раз в месяц
- раз в квартал
- раз в полугодие
- раз в год
- не обращаюсь

19. Как часто Вы обращаетесь к врачам-специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)?

- раз в месяц
- раз в квартал
- раз в полугодие
- раз в год
- не обращаюсь

20. 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

21. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?

- нет
- да → Кто был инициатором

благодарения?

- я сам (а)
  - персонал медицинской организации
- Форма благодарения

письменная благодарность (в журнале, на сайте)

- цветы
- подарки
- услуги
- деньги