Город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Наименование организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Вы обратились в медицинскую организацию?

|  |  |
| --- | --- |
| * к врачу-терапевту участковому
* к врачу-педиатру участковому
* к врачу общей практики (семейному врачу)
1. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались (вызвали на дом), с момента записи на прием составило?
2. 24 часа и более
3. 12 часов
4. 8 часов
5. 6 часов
6. 3 часа
7. менее 1 часа
 | * к врачу-специалисту (кардиолог, невролог, офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, другие
* Иное (диспансеризация, медицинский осмотр, др.

2а. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило?1. 14 календарных дней и более
2. 13 календарных дней
3. 12 календарных дней
4. 10 календарных дней
5. 7 календарных дней
6. менее 7 календарных дней
 |

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

 1. Да 2.Нет

**4. Врач принял Вас в установленное по записи время?**

1. Да 2.Нет

**5. Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?**

1. Да 2.Нет

**3.1. Вы записались на прием к врачу (вызвали врача на дом)?**

|  |  |
| --- | --- |
| https://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict35-71889420.png по телефону медицинской организации https://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict36-71889420.png по телефону Единого кол-центраhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict37-71889420.png при обращении в регистратуру  | https://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict38-71889420.png через официальный сайт медицинской организацииhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict39-71889420.png через Единый портал государственных услуг (www.gosuslugi.ru) |

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

1. Да 2.Нет

**3.2. По какой причине**

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

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

1. Да 2.Нет (перейти к вопросу 7)

**6.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?**

1. Да 2.Нет

**7. Перед обращением в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

1. Да 2.Нет (перейти к вопросу 8)

**7.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

1. Да 2.Нет

**8. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?**

1. Да (перейти к вопросу 9) 2.Нет

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

|  |  |
| --- | --- |
| https://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict79-71889420.png отсутствие свободных мест ожиданияhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict80-71889420.png наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работниковhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict81-71889420.png состояние гардеробаhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict82-71889420.png отсутствие питьевой воды | https://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict83-71889420.png отсутствие санитарно-гигиенических помещенийhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict84-71889420.png состояние санитарно-гигиенических помещенийhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict85-71889420.png санитарное состояние помещенийhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict86-71889420.png отсутствие мест для детских колясок (для медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению) |

**9. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?**

1. Да 2.Нет (перейти к вопросу 10)

**9.1. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?**

|  |  |
| --- | --- |
| https://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict89-71889420.png I группаhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict90-71889420.png II группа | https://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict91-71889420.png III группаhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict92-71889420.png ребенок-инвалид |

**9.2. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?**

1. Да (перейти к вопросу 10) 2.Нет

**9.2.1. 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

 возможность оказания медицинской помощи инвалидам на дому

**9.3. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?**

1. Да 2.Нет

**10. При обращении в медицинскую организацию Вам назначались диагностические исследования?**

1. Да 2.Нет (перейти к вопросу 11)

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

 лабораторные исследования

 инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, Рентген, УЗИ, др.)

 компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография

**10.1.1. Вы ожидали проведения исследования:**

|  |  |
| --- | --- |
| https://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict119-71889420.png 14 календарных дней и болееhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict120-71889420.png 13 календарных днейhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict121-71889420.png 12 календарных дней | https://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict122-71889420.png 10 календарных днейhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict123-71889420.png 7 календарных днейhttps://www.garant.ru/files/1/5/1210651/pict124-71889420.png менее 7 календарных дней |

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

1. Да 2.Нет

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

1. Да 2.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.)?**

1. Да 2.Нет

**13. В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?**

1. Да 2.Нет

**14. Вы используете электронные сервисы для взаимодействия с данной медицинской организацией (электронное обращение, электронная почта, часто задаваемые вопросы, др.)?**

1. Да (опрос завершен) 2.Нет

**14.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?**

1. Да 2.Нет

**Мы благодарим Вас за участие!**