



## АНКЕТА

учета мнения пациента о работе  
амбулаторного учреждения здравоохранения

**Уважаемый житель Санкт-Петербурга! Для Комитета по здравоохранению очень важно Ваше мнение о доступности и качестве медицинской помощи в амбулаторных учреждениях города. Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:**

**Название медицинской организации** \_\_\_\_\_

**Для выбора ответа поставьте крестик или другой знак в поле рядом с ответом**

**1. Когда Вам приходилось последний раз обращаться в учреждения здравоохранения для получения медицинской помощи?**

- обращался (напишите месяц, год)  201
- не обращался в данное учреждение здравоохранения за получением медицинской помощи

**2. Когда Вам потребовалось посещение врача, удалось ли Вам записаться на прием при первом обращении в учреждение здравоохранения?**

- да  нет  не обращался

**3. Сколько дней прошло с момента обращения в учреждение здравоохранения за получением медицинской помощи у нужного Вам врача до назначенного времени приема у врача?**

- прошло около  дней
- не обращался

**4. Насколько легко Вам удалось записаться на прием к врачу одним из указанных способов?**

Варианты	очень легко	легко	сложно	очень сложно	не удалось записаться	не пользовался
по телефону	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
личное обращение в регистратуру	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
через интернет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на прием к нужному мне врачу меня записал лечащий врач	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Сколько времени Вы ожидали приема в очереди?**

- практически не пришлось ожидать в очереди
- да, пришлось ждать приема в очереди около \_\_\_ минут(ы)
- не помню

**Продолжение анкеты на оборотной стороне**

## 6. Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема?

Варианты	полностью удовлетворен	частично удовлетворен	скорее не удовлетворен	полностью не удовлетворен
наличие свободных мест ожидания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
наличие туалета	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
наличие питьевой воды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
чистота и свежесть помещения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Если Вам приходилось вызывать врача на дом, то получили ли Вы необходимую помощь и консультацию?

- да, помощь была оказана на дому вовремя
- да, но помощь была оказана позже, чем это требовалось
- нет, пришлось самостоятельно обращаться в медицинскую организацию
- не возникало необходимости вызывать врача на дом

## 8. Оплачивали ли Вы медицинские услуги в период лечения?

- да
- нет

## 9. Если после обращения в медицинскую организацию Вам были назначены диагностические исследования, то сколько времени прошло от назначения до прохождения Вами исследований и от прохождения исследований до получения результатов исследования?

Количество дней от назначения до прохождения исследований

Количество дней от прохождения исследования до получения результатов

<input type="text"/>	дней
<input type="text"/>	дней

## 10. Удовлетворены ли Вы приемом у врача?

Вопросы	отлично	хорошо	удовлетворительно	плохо	крайне плохо
Работа врача и медицинской сестры	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вежливость и внимательность врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вежливость и внимательность медицинской сестры	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи?

- да, полностью
- больше да, чем нет
- больше нет, чем да
- не удовлетворен

## 12. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте учреждения здравоохранения?

- да, полностью
- больше да, чем нет
- больше нет, чем да
- не удовлетворен

**Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:**

---

---

---

---

Дата заполнения «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ!**