**АНКЕТА**

**для оценки качества оказания медицинских услуг**

**в стационарных условиях краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Владивостокская клиническая больница № 1»**

Субъект Российской Федерации

|  |  |
| --- | --- |
| Приморский край | \* |

Полное наименование медицинской организации

|  |  |
| --- | --- |
| **Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Владивостокская клиническая больница № 1»** | \* |

Месяц, год текущий

|  |  |
| --- | --- |
| Июнь 2015 | \* |

1. Госпитализация была:

() плановая

() экстренная

2. Вы были госпитализированы:

() за счет ОМС

() за счет ДМС

() на платной основе

3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

() нет

(\*) да

Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

() I группа

() II группа

() III группа

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

() да

(\*) нет

() 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

4. Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 1»?

() нет

(\*) да

Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 1 и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на его официальном сайте?

() да

() нет

5. При обращении в КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 1» Вы обращались к информации, размещенной в помещениях больницы (стенды, информанты и др.)?

() нет

(\*) да

Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 1» и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в его помещениях?

() да

() нет

6. В каком режиме стационара Вы проходили лечение?

() круглосуточного пребывания

() дневного стационара

7. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?

() да

(\*) нет

Что не удовлетворяет?

() отсутствие свободных мест ожидания

() состояние гардероба

() состояние туалета

() отсутствие питьевой воды

() санитарные условия

8. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении с учетом территориальной программы:

() немедленно в экстренных случаях

в плановом порядке:

() до - 30 минут

() до 45 мин.

() до 60 мин.

() до 75 мин.

() до 120 мин.

() до 180 мин., когда для окончательной постановки диагноза требуется динамическое наблюдение;

() до 360 мин. когда требуются неотложные диагностические мероприятия.

9. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)?

() да

() нет

10. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?

() да

() нет

11. Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию не более 30 дней с момента выдачи направления на госпитализацию?

() 30 дней

() 29 дней

() 28 дней

() 27 дней

() 15 дней

() меньше 15 дней

12. Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?

() да

() нет

13. Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?

() нет

(\*) да

Необходимость:

() для уточнения диагноза

() с целью сокращения срока лечения

() приобретение расходных материалов

14. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников?

() да

(\*) нет

() Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

() Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

() Вам не дали выписку

15. Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в больнице?

() да

() нет

16. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в стационаре?

() да

(\*) нет

Что не удовлетворяет?

() уборка помещений

() освещение, температурный режим

() медицинской организации требуется ремонт

() в медицинской организации старая мебель

17. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в лечебном учреждении?

() да

() нет

18. Удовлетворены ли Вы действиями персонала по уходу?

() да

() нет

19. Рекомендовали бы Вы КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 1» для получения медицинской помощи?

() да

() нет

20. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания и о медицинских работниках КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 1» в социальных сетях?

() да

() нет

21. Вы благодарили персонал 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