

Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой.

Результаты проведенного анкетирования используются администрацией филиала ФГБУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России – МСЧ № 2 в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам и совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи.

Дата заполнения 2023 г

**Благодарим вас за участие в нашем опросе!**  
**Филиал ФГБУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России – МСЧ № 2**

**Филиал ФГБУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России  
– МСЧ № 2**

## **АНКЕТА**

**по анализу удовлетворенности качеством предоставления  
медицинских услуг в условиях поликлиники  
филиала ФГБУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА РОССИИ – МСЧ № 2**

**Уважаемые пациенты!**

**Приглашаем вас принять участие в анкетировании.**

Это поможет нам выявить наши сильные и слабые стороны в качестве оказания медицинских услуг.

**Анкетирование является полностью анонимным.**

Все заполненные анкеты будут тщательным образом проанализированы. По результатам каждой анкеты начальник МСЧ № 2 будет принимать меры по улучшению работы поликлиники в соответствии с пожеланиями населения.

Выберите один из вариантов на каждый вопрос.

**Заполненную анкету просьба сдать в регистратуру**

1. Приходилось ли Вам раньше обращаться в МСЧ № 2 для получения медицинских услуг?

да, обращался \_\_\_\_\_ (напишите месяц, год)

нет, не обращался в данную медицинскую организацию за получением медицинской помощи

2. Удалось ли Вам записаться на прием к врачу с первого раза любым

доступным способом (личное посещение, запись по телефону, по интернету)

Да

Нет

Не обращался

3. Сколько дней Вам пришлось ожидать консультацию врача с момента записи на прием?

прошло около \_\_\_\_\_ дней

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

*очень  
легко*

*легко*

*сложно*

*очень  
сложно*

*не удалось  
записаться*

*не  
пользовался*

по телефону







личное  
обращение  
в регистратуру







через интернет







5. Сколько времени Вы ожидали приема врача в очереди?

практически не пришлось ожидать в очереди

да, пришлось ждать в очереди \_\_\_\_\_ ч \_\_\_\_\_ мин

не помню

6. Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?

Полностью  
удовлетворен

Частично  
удовлетворен

Скорее не  
удовлетворен

Полностью  
не удовлетворен

7. Получали ли Вы направление на плановую госпитализацию в дневной стационар для получения лечения?

да \_\_\_\_\_ укажите количество дней ожидания

нет

8. В случае, если после обращения в амбулаторно-поликлиническое отделение Вам было назначено плановое лечение в дневном стационаре, то, сколько времени прошло от назначения до госпитализации  
количество \_\_\_\_\_ дней от назначения до госпитализации

9. Удовлетворены ли Вы приемом у врача?

Крайне  
плохо

Плохо

Удовлетво  
рительно

Хорошо

Отлично

Вежливость и  
внимательность  
врача






Вежливость и  
внимательность  
медицинской сестры  
Объяснение врачом  
назначенных  
исследований и  
назначенного  
лечения






Выявление врачом  
изменения состояния  
здоровья с учетом  
жалоб пациента на  
боли, недомогание и  
прочие ощущения






10. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи

Да,  
полностью

Больше  
да, чем нет

Больше  
нет, чем да

Не  
удовлетворен

11. Рекомендовали бы Вы нашу мед. организацию Вашим друзьями родственникам (если им понадобится медицинская помощь)?

Да

Нет

Не знаю

12. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации

Да,  
полностью

Больше  
да, чем нет

Больше  
нет, чем да

Не  
удовлетворен

13. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации ,  
доступной на официальном сайте медицинской организации

Да, полностью  Больше да, чем нет  Больше нет, чем да  Не удовлетворен

Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:

---

---

---

---

---

Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой.

Результаты проведенного анкетирования используются администрацией филиала ФГБУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России – МСЧ № 2 в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам и совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи.

Дата заполнения 2023 г

**Благодарим вас за участие в нашем опросе!**  
**Филиал ФГБУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России – МСЧ № 2**

**Филиал ФГБУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России  
– МСЧ № 2**

## **АНКЕТА**

**по анализу удовлетворенности качеством предоставления  
медицинских услуг в условиях дневного стационара  
филиала ФГБУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА РОССИИ – МСЧ № 2**

**Уважаемые пациенты!**

**Приглашаем вас принять участие в анкетировании.**

Это поможет нам выявить наши сильные и слабые стороны в качестве оказания медицинских услуг.

**Анкетирование является полностью анонимным.**

Все заполненные анкеты будут тщательным образом проанализированы. По результатам каждой анкеты начальник МСЧ № 2 будет принимать меры по улучшению работы поликлиники в соответствии с пожеланиями населения.

Выберите один из вариантов на каждый вопрос.

**Заполненную анкету просьба сдать в регистратуру**

1. Приходилось ли Вам раньше обращаться в МСЧ № 2 для получения медицинских услуг?

да, проходил лечение в условиях  поликлиники  дневного стационара  
\_\_\_\_\_ (укажите месяц и год последней выписки)

нет, не обращался в данную медицинскую организацию за получением медицинской помощи

2. Оцените в день госпитализации отношение персонала, продолжительность и условия ожидания (наличие доступа к туалету,

питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?

Полностью удовлетворен  Частично удовлетворен  Скорее не удовлетворен  Полностью не удовлетворен

**3. Удовлетворены ли Вы отношением врачей и медицинских сестер?**

	Крайне плохо	Плохо	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично
Вежливость и внимательность врача	<input type="checkbox"/>				
Вежливость и внимательность медицинской сестры	<input type="checkbox"/>				
Объяснение врачом назначенных исследований и назначенного лечения	<input type="checkbox"/>				
Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения	<input type="checkbox"/>				

**4. Оцените действия персонала (врачей, медсестер и иных лиц), когда**

	Крайне плохо	Плохо	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично
Проводились процедуры	<input type="checkbox"/>				
Требовалась помощь по уходу	<input type="checkbox"/>				

**5. Оцените следующее качество услуг**

	Крайне плохо	Плохо	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично
Уборка помещения	<input type="checkbox"/>				
Освещение	<input type="checkbox"/>				

**6. В период получения лечения соблюдалась ли тишина рядом с**

палатой?

Никогда  Иногда  Как правило  Всегда

**7. Приходилось ли Вам в период получения лечения приобретать лекарственные средства за свой счет**

- да в качестве лучшей альтернативы лечения бесплатными лекарствами
- да нужных лекарств не было в наличии
- да нужные лекарства предоставлялись бесплатно
- нет не нуждался (ась) в приеме лекарственных ср-в

**8. Приходилось ли Вам в период получения лечения оплачивать дополнительные диагностические исследования за свой счет**

Да  Нет

**9. Приходилось ли Вам оказывать материальное вознаграждение (деньгами, подарками и т.п.) врачам, медсестрам, иному персоналу**

- да \_\_\_\_\_ укажите кого
- нет

**10. Кто выступал инициатором материального вознаграждения**

Я сам(а)  Врач  Подсказали

**11. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи**

Да, полностью  Больше да, чем нет  Больше нет, чем да  Не Удовлетворен

**12. Рекомендовали бы Вы нашу мед. организацию Вашим друзьями родственникам (если им понадобится медицинская помощь)?**

Да  Нет  Не знаю