**Месяц и год обращения в медицинскую организацию**

октября 2016

сентября 2016

августа 2016

июля 2016

июня 2016

мая 2016

апреля 2016

марта 2016

февраля 2016

января 2016

**Вы обратились в медицинскую организацию?**

К врачу-специалисту (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)

Другое (диспансеризация, профосмотр, справка, рецепт и т.д.)

**Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) у врачей-специалистов (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)?**

Да

Нет

**Удовлетворены ли Вы компетентностью врачей-специалистов (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)?**

Да

Нет

**Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием?**

14 календарных дней и более

13 календарных дней

12 календарных дней

10 календарных дней

7 календарных дней

менее 7 календарных дней

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

Да

Нет

**Врач Вас принял во время, установленное по записи?**

Да

Нет

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

Нет

Да

**Перед госпитализаций Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?**

Нет

Да

**Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?**

Да

Нет

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

Нет

Да

**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

**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

**Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в этой медицинской организации?**

Да

Нет

**Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?**

Да

Нет

**Вы были госпитализированы?**

за счет ОМС, бюджет

за счет ДМС

на платной основе

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

Да

Нет

**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

**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

**Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?**

Нет

Да

**Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?**

Нет

Да