**АНКЕТА для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях**

Начало формы

Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы "Стоматологическая поликлиника № 67 Департамента здравоохранения города Москвы"

**1. Вы обратились в медицинскую организацию?**

к врачу-терапевту участковому

к врачу-педиатру участковому

к врачу общей практики (семейному врачу)

к врачу-специалисту (кардиолог, невролог, офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, другие)

иное (диспансеризация, медицинский осмотр, др.)

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

данет

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

данет

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

данет

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

данет

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

данет

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

данет

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

данет

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

данет

**12. Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации (представлением информации о размещении кабинетов медицинских работников, лабораторных и диагностических подразделений, санитарно-гигиенических помещений и др.)?**

данет

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

данет

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

нетда

**Мы благодарим Вас за участие! Если Вы хотите оставить предложения по работе данной медицинской организации, пожалуйста, напишите свои предложения**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**