

## Анкета для оценки качества оказания услуг медицинской организацией в амбулаторных условиях

Поля, помеченные символом \*, обязательны к заполнению

---

**Фамилия, Имя\***

**E-mail\***

**Месяц и год обращения в данную медицинскую организацию\***

---

**Вы обратились в медицинскую организацию\***

- к врачу-стоматологу
- к врачу-стоматологу-хирургу
- к врачу-стоматологу-ортопеду
- другое

**При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу?\***

- 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 и др.):\***

- да
- нет

**Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?\***

- да
- нет

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

- да
- нет

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

- да
- нет

**Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?\***

- да
- нет

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

- да
- нет

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

- да
- нет

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

- да
  - нет
-