

АНКЕТА
удовлетворенности оказанием высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)

Место проживания: (укажите регион, город)

Группа инвалидности: 1 группа 2 группа 3 группа нет группы инвалидности

Медицинская организация, в которой Вам оказывалась ВМП: _____

/напишите название этого учреждения и город, в котором оно расположено./

Профиль оказанной Вам ВМП:

/сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, онкология и т.д./

Есть ли в Вашем регионе стационары, где оказывают ВМП: ДА НЕТ НЕ ЗНАЮ

Укажите расстояние от областного центра Вашего региона до этих стационаров _____ км

Есть ли у Вас какие-либо жалобы на трудности с получением направления на ВМП или проблемы, возникшие при оказании Вам ВМП:

ДА НЕТ

В случае наличия трудностей с получением направления на ВМП или проблем, возникших при оказании Вам ВМП, укажите на каком этапе это было:

в регионе в медицинской организации, оказывающей ВМП

Заполняется в случае наличия жалоб

I. Проблемы с получением направления на ВМП:

А) Информировали ли Вас о возможности получения бесплатной ВМП при Вашем заболевании медицинские работники поликлиники или иной медицинской организации, где Вы наблюдались:

ДА НЕТ ЧАСТИЧНО

Б) Для получения направления на оказание ВМП на комиссии по отбору больных органа государственной власти в сфере охраны здоровья по месту жительства:

- Вам пришлось обращаться туда самостоятельно

- Вы были направлены поликлиникой или иной медицинской организацией

В) Информировали ли Вас о возможности получения бесплатной ВМП при Вашем заболевании в органе государственной власти в сфере охраны здоровья по месту жительства: ДА НЕТ

Г) Оформлять необходимые для направления на ВМП медицинские документы, включая анализы и медицинские заключения:

- мне пришлось самостоятельно

- все было сделано специалистами поликлиники или иной медицинской организации по месту жительства

- все было сделано специалистами органа государственной власти в сфере охраны здоровья по месту жительства

Д) На оформление всех необходимых медицинских документов (включая анализы и медицинские заключения) я затратил _____ дней

Е) Были ли иные проблемы со сбором необходимых анализов и результатов исследований для получения направления на ВМП в регионе (если да, то напишите какие):

Ж) От момента подачи моего заявления в орган государственной власти в сфере охраны здоровья по месту жительства с просьбой оказать ВМП до момента официального оформления талона-направления на ВМП прошло _____ дней.

З) От момента оформления талона-направления на ВМП я ожидал госпитализации для оказания ВМП _____ дней.

И) Было ли Вам предложено направление в альтернативная медицинская организация, оказывающая ВМП данного профиля, для сокращения срока ожидания: ДА НЕТ

К) Испытывали ли Вы проблемы с получением проездных документов для проезда к месту оказания ВМП в случае наличия у Вас такого права в соответствии с законодательством Российской Федерации: ДА НЕТ

Л) Иные проблемы с получением направления на ВМП в регионе (если были, то напишите какие): _____

II. Проблемы при оказании ВМП:

А) Имеете ли Вы или сопровождающие Вас родственники финансовую возможность проживания вблизи медицинской организации, оказывающей ВМП, в ожидании госпитализации (ожидание органа для трансплантации, необходимость проведения дополнительных исследований и т.д.):

ДА НЕТ НЕ ВСЕГДА

Б) Приходилось ли Вам отказываться от ВМП из-за отсутствия возможности оплаты пребывания иногородних родителей (опекуна) рядом с ребенком во время оказания ему ВМП:

ДА НЕТ ИНОГДА

В) Приходилось ли Вам сталкиваться с грубым и неэтичным поведением персонала медицинской организации при оказании ВМП? ДА НЕТ

Г) Приходилось ли Вам платить за лечение, исследования или лекарства во время пребывания в медицинской организации при оказании ВМП: ДА НЕТ

Если да, то укажите, за что вы платили: _____

Г) Удовлетворены ли Вы в целом оказанием ВМП в медицинской организации:
 ДА НЕТ ЧАСТИЧНО

III. Проблемы после оказания ВМП

А) Направлялись ли Вы органом государственной власти в сфере охраны здоровья по месту жительства на реабилитацию после оказания ВМП в случае, если такая рекомендация была дана специалистами медицинской организации, где Вам была оказана ВМП:

ДА НЕТ

Б) В каких условиях осуществлялась реабилитация после оказания ВМП (в случае направления):

В САНАТОРИИ В МЕДИЦИНСКОМ СТАЦИОНАРЕ В ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

В) Осуществлялось ли медицинское наблюдение профильными специалистами поликлиники или иной медицинской организации региона после оказания Вам ВМП (при необходимости):

ДА НЕТ ЧАСТИЧНО

Г) Имеются ли проблемы со сдачей анализов и прохождением медицинских исследований, необходимых ПОСЛЕ получения ВМП? ДА НЕТ ИНОГДА

Д) Есть ли проблемы с получением льготных лекарственных препаратов, необходимых и назначенных Вам ПОСЛЕ оказания ВМП (не выписывают вообще или выдают с задержками)?

ДА НЕТ ИНОГДА

Другие проблемы доступности ВМП: _____

Дата _____ 20__ г.