

Gentile Signora, Egregio Signore,

La invitiamo a compilare il seguente questionario per la rilevazione del gradimento. La sua opinione ed i suoi suggerimenti ci saranno di grande utilità per migliorare la qualità dei nostri servizi.

Il questionario è anonimo e potrà riconsegnarlo all'operatore presente durante l'incontro visite parenti.

Grazie per la Sua collaborazione.

Questionario area degenza ordinaria- Cure Intermedie Centro Santa Maria al Castello - Pessano con Bornago-

Il questionario viene compilato in data: _____

Da:

dall'assistito con l'aiuto di parenti/amici/assistente familiare da un familiare

Prestazione in regime di: Solvenza SSN

Reparto _____

Da chi è venuto a conoscenza della nostra Struttura?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale | <input type="checkbox"/> Medico di altro Ospedale | <input type="checkbox"/> Sito internet |
| <input type="checkbox"/> Amici /parenti | <input type="checkbox"/> ATS/ASL | <input type="checkbox"/> Associazioni |
| <input type="checkbox"/> Operatori | <input type="checkbox"/> Servizio Sociale | |

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

Per la compilazione, indicare punteggi da 1 (per nulla soddisfatto) a 7 (molto soddisfatto)

A14. Sesso

M F

A15. Età

Anni _____

A16. Scolarità

nessuna scuola dell'obbligo scuola superiore laurea

A17. Nazionalità

italiana europea extraeuropea

D01. Il suo ricovero è avvenuto in:

urgenza programmato

D02. Tempi d'attesa per ottenere il ricovero (tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D03. Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto

(orari visite mediche, orari prelievi e terapie, orari visite parenti, orari ricevimenti medici, identificazione dei responsabili di cure)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Assistenza del personale:

D06. personale medico

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D05. personale infermieristico

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D6.1 personale di supporto

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D6.2 personale della riabilitazione

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D07. Cure a Lei prestate

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D08. Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D09. Rispetto della riservatezza personale

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D04. Aspetti strutturali e alberghieri (comfort della stanza, vitto, pulizia)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D4.1 In particolare, come valuta la pulizia (servizi igienici, stanza, parti comuni)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D4.2 In particolare, come valuta il vitto (qualità, quantità, varietà)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D11. Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione (riguardo a: uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D12. Nel complesso quanto si ritiene soddisfatto della sua esperienza di ricovero?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D13. Quanto consiglierebbe questa Struttura ad altri?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Le chiediamo, infine, di volerci esprimere eventuali carenze, suggerimenti o segnalare aspetti particolarmente positivi o eventuali altri servizi di cui sente particolarmente l'esigenza.

.....
.....
.....

Nel ringraziarla per la cortese attenzione, la informiamo che la raccolta delle informazioni del presente questionario è finalizzata ad elaborazioni statistiche che ci permettono di migliorare il servizio.

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Orari: dal lunedì al venerdì dalle 9:30 alle 12:00

Telefono: 02-95540302

Mail: urp.pessano@dongnocchi.it

Indirizzo: Piazza Castello, 20 Pessano con Bornago-Mi-