



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 essere inserito nella cassetta situata presso l'ingresso del reparto.

Grazie per la Sua collaborazione.

Questionario area degenza ordinaria

Il questionario viene compilato in data: _____

Da: dall'assistito con l'aiuto di parenti/amici/assistente familiare da un familiare
 tutore/curatore/amministratore di sostegno

A14 – Sesso: M F **A15 - Età dell'utente:** _____

A16 – Scolarità: Scuola Obbligo Scuola Superiore Laurea Nessuna

A17 – Nazionalità: Italiana Europea Extraeuropea

A18 - Ha usufruito delle prestazioni tramite: Servizio Sanitario Nazionale Privatamente

Da chi è venuto a conoscenza della nostra Struttura?

Medico di Medicina Generale Medico di altro Ospedale Sito internet Amici /parenti
 ATS/ASL Associazioni Operatori Servizio Sociale

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

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

D2 Tempi d'attesa per ottenere il ricovero (tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D3 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 (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)

D6 personale medico ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D5 personale infermieristico ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D6.1 personale di supporto ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D.6.2 personale della riabilitazione ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D7 Cure a Lei prestate

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D8 Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D9 Rispetto della riservatezza personale

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D4 Aspetti strutturali e alberghieri (comfort della stanza, vitto, pulizia)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D10 Organizzazione dell'ospedale nel suo insieme

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D10.1 In particolare, come valuta la pulizia

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D10.2 In particolare, come valuta il vitto

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

Orario 8.30-16.00

Centro di Riabilitazione "E. Spalenza"

Via Camillo Golgi 1 - Rovato (BS)

Telefono 030-72451 urp.spalenza@dongnocchi.it