

Gentile Signora, Egregio Signore,

Le chiediamo cortesemente alcuni minuti del Suo tempo per esprimere un parere sulla qualità del servizio ricevuto presso il nostro ambulatorio. Il questionario dovrà essere compilato in maniera assolutamente anonima e la Sua opinione sarà di grande importanza per migliorare i servizi che offriamo. Potrà inserire il questionario compilato nell'apposita casella di raccolta presente presso l'ambulatorio. Un sentito ringraziamento per la sua preziosa collaborazione.

Questionario di gradimento Servizi Ambulatoriali – RIAB EX 26

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

A13 – Sesso: ☐ M ☐ F

A14 - Età dell'utente: _____

A15 – Scolarità: ☐ Scuola Obbligo ☐ Scuola Superiore ☐ Laurea ☐ Nessuna

A16 – Nazionalità: ☐ Italiana ☐ Europea ☐ Extraeuropea

A17 - Ha usufruito delle prestazioni tramite: ☐ Servizio Sanitario Nazionale ☐ Privatamente

Da chi è venuto a conoscenza della nostra Struttura?

- ☐ Medico Curante / Pediatra ☐ Medico di altro Ospedale ☐ Sito internet ☐ Amici /parenti
☐ ATS/ASL ☐ Associazioni ☐ Operatori ☐ Servizio Sociale

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

D1 Come ha Prenotato?

- ☐ Telefonicamente ☐ Allo Sportello ☐ Internet ☐ Altro ☐ Non So ☐ Nessuna Prenotazione

D2 Come valuta il Servizio di prenotazione (orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D3 Come valuta i Tempi di Attesa dalla Prenotazione alla Prestazione

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D4 Quanto è soddisfatto complessivamente del servizio di accettazione / segreteria / accoglienza (attesa allo sportello, cortesia, informazioni ricevute, ecc.)?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D5 In generale, come valuta accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D5.1 In particolare, come valuta l'accessibilità alla struttura (parcheggi, ascensori, rampe, ecc.)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D5.2 In particolare, come valuta la pulizia degli ambienti (ambulatori, palestre, sale di attesa, etc.)?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D6 Come valuta il rispetto degli orari previsti

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D7 Come valuta l'attenzione e cortesia ricevuta dal personale medico

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D8 Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D9 Come valuta l'attenzione e cortesia ricevuta dal personale infermieristico, tecnico o riabilitativo

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D10 Come giudica il rispetto della sua Privacy e Intimità?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D11 Come giudica il suo gradimento complessivo?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D12 Consiglierebbe ad altri questo centro? (1= decisamente no / 7= assolutamente sì)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

SOLO PER GLI AMBULATORI DI RIABILITAZIONE

A.	All' inizio del trattamento è stato condiviso con lei il percorso riabilitativo, compreso l'eventuale programma da proseguire a domicilio?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
B.	Come valuta la disponibilità del personale della riabilitazione ad ascoltarLa e a rispondere alle Sue domande?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C.	Come valuta la chiarezza delle informazioni fornite dal personale della Riabilitazione sui trattamenti?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
D.	Il Personale di Riabilitazione si è rivolto a Lei con rispetto, cortesia ed empatia?	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