

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 il punto Triage.

Un sentito ringraziamento per la sua preziosa collaborazione.

## Questionario di gradimento Centro Santa Maria al Castello Ambulatorio di \_\_\_\_\_

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

Il questionario, è relativo alle prestazioni erogate all'utente in ambito:

- Poliambulatorio specialistico   
  Riabilitazione Adulti (Ex Art. 26)   
  Riabilitazione minori   
  NPI

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  
 Altro \_\_\_\_\_

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

A13. Sesso

- M                       F

A14. Età

Anni \_\_\_\_\_

A15. Scolarità

- nessuna   
  scuola dell'obbligo   
  scuola superiore   
  laurea

A16. Nazionalità

- italiana   
  europea   
  extraeuropea

D01. Come ha Prenotato?

- Telefonicamente   
  Allo Sportello   
  Internet   
  Altro   
  Non So   
  Nessuna Prenotazione

D02. 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

D03. Come valuta i Tempi di Attesa dalla Prenotazione alla Prestazione

- ①   
  ②   
  ③   
  ④   
  ⑤   
  ⑥   
  ⑦

D04. Quanto è soddisfatto complessivamente del servizio di accettazione / segreteria / accoglienza (attesa allo sportello, cortesia, informazioni ricevute, ecc.)?

- ①   
  ②   
  ③   
  ④   
  ⑤   
  ⑥   
  ⑦

D05. In generale, come valuta accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

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

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

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

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D06. Come valuta il rispetto degli orari previsti

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D07. Come valuta l'attenzione e cortesia ricevuta dal personale medico

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D08. Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D09. 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?

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

|    |  |   |   |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| O. | 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 |
| P. | Come valuta la disponibilità del personale della riabilitazione ad ascoltarLa e a rispondere alle Sue domande?                             | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| Q. | Come valuta la chiarezza delle informazioni fornite dal personale della Riabilitazione sui trattamenti?                                    | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| R. | 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.

| <b>UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO</b>  |   |
|---|---|
| <b>Orari:</b> Lu-Ve dalle 9:30 alle 12:00   | <b>Telefono:</b> 02/95540302                              |
| <b>Mail:</b> <a href="mailto:urp.pessano@dongnocchi.it">urp.pessano@dongnocchi.it</a> | <b>Indirizzo:</b> Piazza Castello, 20 Pessano con Bornago |