



Gentile Signora, Gentile Signore

Siamo interessati a conoscere la Sua opinione riguardo la nostra Struttura, il personale che vi opera, i servizi offerti.

Le sue indicazioni saranno utili per migliorare la qualità dei nostri servizi e renderli il più possibile rispondenti alle esigenze dei nostri utenti.

Le chiediamo di compilare questo breve questionario in forma anonima (ma se lo desidera può firmarlo), quindi restituirlo, in occasione dell'incontro fissato per il giorno 19 dicembre.

La ringraziamo per la disponibilità e la collaborazione.

Il Direttore Generale

ISTRUZIONI: metta una crocetta sulla risposta che intende dare.

<input type="checkbox"/> Familiare Grado di parentela	<input type="checkbox"/> Tutore	<input type="checkbox"/> Amm. Sostegno
--	---------------------------------	--

1) Come giudica l'accoglimento:

Alla Reception:

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

In Reparto:

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

2) Qual è il suo giudizio sul PERSONALE MEDICO rispetto a:

Educazione e gentilezza

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Disponibilità all'ascolto

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Disponibilità a fornire informazioni riguardo alle cure ed esami effettuati

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Regolarità delle visite mediche e capacità di risposta ai problemi di salute durante la degenza

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

3) Qual è il suo giudizio sul PERSONALE INFERMIERISTICO rispetto a:

Educazione e gentilezza

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Disponibilità all'ascolto

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Tempestività di intervento nelle chiamate

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Accuratezza nell'esecuzione delle prestazioni assistenziali

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

4) Qual è il suo giudizio sul PERSONALE di ASSISTENZA (ASA e O.S.S.) rispetto a:

Educazione e gentilezza

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Disponibilità all'ascolto

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Tempestività di intervento nelle chiamate

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Accuratezza nell'esecuzione delle prestazioni assistenziali

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

5) Qual è il suo giudizio sul PERSONALE di FISIOTERAPIA rispetto a:

Educazione, gentilezza, e disponibilità a fornire informazioni

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Accuratezza delle prestazioni fisioterapiche

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Prescrizione ausili

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Informazioni per il domicilio

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

6) Qual è il suo giudizio sui SERVIZI ALBERGHIERI rispetto a:

Pulizia della Camera

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Pulizia del Bagno

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Pulizia degli Ambienti comuni (Sale da pranzo, soggiorni, corridoi e sale d'attesa)

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Cambio Biancheria

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Qualità varietà del cibo

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Orario dei pasti

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Servizio ai pasti

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

7) Qual è il suo giudizio sull'organizzazione della giornata (orari e tempi)?

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

8) Come considera la presenza dei Volontari ?

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

9) Qual è il giudizio sul rispetto della riservatezza personale nei confronti del Suo familiare?

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

10) Qual è il giudizio sulle attività di intrattenimento ed animazione?

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

11) Qual è il GIUDIZIO COMPLESSIVO sulla permanenza del Suo familiare in questo Istituto?

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Insoddisfacente	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

