



*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 depositarlo negli appositi raccoglitori posti in Reparto.*

*La ringraziamo per la disponibilità e la collaborazione.*

*Il Direttore Generale*

**ISTRUZIONI: metta una crocetta sulla risposta che intende dare.**

**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 d'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 d'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 e 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 Sua riservatezza personale?**

<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 Sua permanenza in RSA?**

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

**Esponga, se lo desidera, le Sue osservazioni e i Suoi suggerimenti:**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Se lo desidera può apporre la firma

\_\_\_\_\_