

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENTE

Gentile Signora/Egregio Signore

Il Suo contributo ci sarà di grande aiuto per migliorare il nostro Servizio e le prestazioni che esso offre agli utenti. Il questionario è del tutto anonimo e dopo la compilazione potrà essere restituito imbucandolo presso le cassette appositamente predisposte su ogni piano.

La Direzione La ringrazia per la collaborazione nel miglioramento dei nostri servizi.

Per la compilazione basta fare una crocetta sul numero che corrisponde alla risposta scelta.

Grazie per la collaborazione.

1) SESSO:

① Maschio

② Femmina

2) ETÁ: _____

3) PER QUALE MOTIVO È VENUTO PRESSO LA NOSTRA STRUTTURA?

(INDICARE ANCHE REPARTO/AMBULATORIO O TIPOLOGIA D'ESAME)

3) HA PRESO VISIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI?

① Sì

② No

4) È SODDISFATTO DEL COMFORT OSPEDALIERO OFFERTO DALLA STRUTTURA?

① Sì

② Abbastanza

③ Scarsamente

④ No

5) L'AMBIENTE DI LAVORO NELL'AMBULATORIO IN CUI È STATO SVOLTO L'ESAME ERA:

① Molto tranquillo

② Tranquillo

③ C'era confusione

④ C'era molta confusione

6) L'AMBIENTE NEL REPARTO IN CUI È AVVENUTO IL SUO RICOVERO ERA:

① Molto tranquillo

② Tranquillo

③ C'era confusione

④ C'era molta confusione

6) IL PERSONALE IN ACCETTAZIONE SI È RIVOLTO A LEI CON CORTESIA E DISPONIBILITÀ?

① Sì

② Abbastanza

③ Scarsamente

④ No

7) IL PERSONALE SANITARIO SI È RIVOLTO A LEI CON CORTESIA E DISPONIBILITÀ?

① Sì

② Abbastanza

③ Scarsamente

④ No

8) RITIENE CHE LA SUA RISERVATEZZA PERSONALE SIA STATA RISPETTATA?

① Sì

② Abbastanza

③ Scarsamente

④ No



Casa di Cura Nostra Signora di Lourdes

9) SECONDO LEI IL TEMPO D'ATTESA TRA IL SUO ARRIVO E L'INIZIO DELLA PRESTAZIONE/RICOVERO È STATO ADEGUATO?

- ① Si ② Abbastanza ③ Scarsamente ④ No

10) DURANTE LE PRESTAZIONI/RICOVERO LE INFORMAZIONI FORNITE (STATO DI SALUTE, DIAGNOSI, ULTERIORI ESAMI O VISITE, CURE DA EFFETTUARE AL TERMINE DELLA PRESTAZIONE/RICOVERO) SONO STATE ADEGUATE?

- ① Si ② Abbastanza ③ Scarsamente ④ No

11) LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI (CAMERE DI DEGENZA, CORRIDOI, AMBULATORI, SERVIZI IGIENICI, ECC) LE È RISULTATA ADEGUATA?

- ① Si ② Abbastanza ③ Scarsamente ④ No

12) COME DEFINIREBBE LA QUALITÀ DEL CIBO DI CUI SI È USUFRUITO NEL CORSO DELLA DEGENZA?

- ① Buono ② Abbastanza buono ③ Non molto buono ④ Scadente

13) SE DOVESSE SOTTOPORSI AD ALTRI ESAMI/VISITE TORNEREBBE VOLENTIERI PRESSO LA NOSTRA CASA DI CURA?

- ① Si ② No

14) DOVENDO ESPRIMERE UN GIUDIZIO GENERALE SUL SERVIZIO RICEVUTO, COME LO DEFINIREBBE?

- ① Buono ② Abbastanza buono ③ Non molto buono ④ Scadente

HA DEI SUGGERIMENTI CHE POSSANO AIUTARCI AD OFFRIRLE UN SERVIZIO MIGLIORE?

SUGGERIMENTI SULLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ALL'INTERNO DELLA NOSTRA CASA DI CURA?

DATA (facoltativa) _____