



**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) ETÀ: \_\_\_\_\_**

**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 Si                            ② No

**4) È SODDISFATO DEL COMFORT OSPEDALIERO OFFERTO DALLA STRUTTURA?**

- ① Si                            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 Si                            ② Abbastanza                    ③ Scarsamente                    ④ No

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

- ① Si                            ② Abbastanza                    ③ Scarsamente                    ④ No

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

- ① Si                            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)** \_\_\_\_\_