Questionario di gradimento

Data di compilazione ____/____/_____

Gentile Signora/e,
Le chiediamo di dedicarci alcuni minuti del Suo tempo per rispondere alle domande che seguiranno.
Il questionario è anonimo. Nel caso in cui le domande non risultassero chiare potrà rivolgersi ad un familiare, ad un conoscente o ad un operatore della struttura.

AMMISSIONE E ACCOGLIENZA

	1 = Pessimo						7 = Ottimo
Tempi di attesa per ottenere il ricovero	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione della struttura	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Cortesia del personale:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

ASPETTI ALBERGHIERI

	1 = Pessimo						7 = Ottimo
Pulizia:							
Camera	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Bagno	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Altri ambienti	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Pasti:							
Qualità	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Quantità	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Possibilità di scelta del menu	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Comfort e cura							
Stanza	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Ambienti comuni	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Arredi	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

DURANTE IL RICOVERO

	1 = Pessimo						7 = Ottimo
Disponibilità ad ascoltarLa e a rispondere alle Sue richieste	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Ha ricevuto adeguate informazioni e spiegazioni rispetto al suo stato di salute	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Completezza delle informazioni fornite su esami, cure e trattamenti	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
È stata rispettata la sua riservatezza	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
È soddisfatto della completezza e chiarezza delle indicazioni fornite su come comportarsi dopo la dimissione	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

In base della Sua esperienza, che opinione ha maturato sulle competenze professionali di chi l'ha assistita/curata?	1	2	3	4	5	6	7
Complessivamente quanto è soddisfatto della sua esperienza di ricovero?	1	2	3	4	5	6	7

Consiglierebbe ad un Suo conoscente questa struttura?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Indichi il reparto dove è stato ricoverato: _____

La ringraziamo per aver risposto a queste domande.
Il contributo di tutte le persone che usufruiscono dei nostri servizi rappresenta, infatti, un prezioso strumento per migliorarne la qualità, anche in relazione a particolari esigenze.

Non sono obbligatori ma la ringraziamo se compilerà anche i seguenti dati anagrafici, utili a fini statistici.
Nel caso in cui il questionario fosse compilato da una persona diversa dal paziente, i dati anagrafici riportati saranno quelli della persona che ha effettuato la valutazione.

DATI ANAGRAFICI

1) Età in anni: _____ **2) Sesso:** ☐ M ☐ F **3) Nazionalità:** ☐ Italiana ☐ Europea ☐ Extra UE

4) Il questionario è compilato: (indichi una sola risposta)

☐ dal Paziente ☐ con l'aiuto di familiari e conoscenti ☐ con l'aiuto di un operatore della struttura
☐ da un Parente ☐ Altro _____

5) Professione:

☐ Casalinga ☐ Pensionato/a ☐ Studente/ssa ☐ Disoccupato/a ☐ Operaio/a
☐ Impiegato/a ☐ Libero Professionista ☐ Altro _____

6) Titolo di studio:

☐ Nessuno ☐ Scuola elementare ☐ Scuola media inferiore
☐ Scuola media superiore ☐ Laurea ☐ Altro _____

7) È la prima volta che si rivolge a questa struttura? ☐ Si ☐ No

8) Per quale motivo ha scelto questa struttura? (indichi una sola risposta)

☐ Me l'ha consigliato il medico ☐ Me l'hanno consigliata amici/familiari ☐ È vicina a casa
☐ Conosco gli operatori e ho fiducia in loro ☐ Altro _____

9) Il suo ricovero è avvenuto in regime: ☐ Ordinario ☐ Day Hospital