



FATEBENEFRAATELLI
Centro
Sacro Cuore di Gesù

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE OSPITI E/O FAMILIARI CPA-CRA

PLV
Ordine Ospedaliero
S. Giovanni di Dio
San Colombano
al Lambro

Gentile Ospite e/o Familiare,

Le chiediamo di compilare, in forma anonima, il presente questionario di soddisfazione su una serie di aspetti legati alla esperienza di residenzialità riabilitativa presso la nostra Comunità.

Potrà compilarlo e restituirlo, depositandolo nelle cassette dedicate a suggerimenti e reclami oppure consegnandolo direttamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

Le informazioni che Lei ci fornirà verranno utilizzate per elaborazioni statistiche al fine di valutare la qualità del servizio offerto e, grazie alle Sue indicazioni, porre in atto azioni di miglioramento.

Comunità: _____

Data di compilazione __/__/__

Sesso:	<input type="checkbox"/> femmina	<input type="checkbox"/> maschio	Età (del paziente) in anni _____	
Scolarità:	<input type="checkbox"/> nessuna	<input type="checkbox"/> scuola obbligo	<input type="checkbox"/> scuola superiore	<input type="checkbox"/> laurea/altro titolo universitario
Nazionalità:	<input type="checkbox"/> italiana	<input type="checkbox"/> europea	<input type="checkbox"/> extraeuropea	
D01 Ricovero:	<input type="checkbox"/> URGENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PROGRAMMATO		

D02 **Come valuta i TEMPI DI ATTESA PER OTTENERE IL RICOVERO?** (tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso in ospedale)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Per nulla soddisfatto molto soddisfatto

D03 **Come valuta l'ACCOGLIENZA E LE INFORMAZIONI RICEVUTE SULL'ORGANIZZAZIONE DELLA COMUNITA'?** (orari visite mediche, orari prelievi e terapie, orari visite parenti, orari di ricevimento medici, identificazione dei responsabili di cure)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Per nulla soddisfatto molto soddisfatto

D04 **Come valuta gli ASPETTI STRUTTURALI ED ALBERGHIERI OFFERTI?** (comfort della stanza, vitto, pulizia)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Per nulla soddisfatto molto soddisfatto

D05 **Come valuta l'ASSISTENZA del PERSONALE INFERMIERISTICO?** (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Per nulla soddisfatto molto soddisfatto

D06 **Come valuta l'ASSISTENZA del PERSONALE MEDICO?** (disponibilità, cortesia)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Per nulla soddisfatto molto soddisfatto

D07 **Come valuta LE CURE a Lei prestate?**

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Per nulla soddisfatto molto soddisfatto

D08 **Come valuta le INFORMAZIONI ricevute sul Suo stato di salute?**

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Per nulla soddisfatto molto soddisfatto

