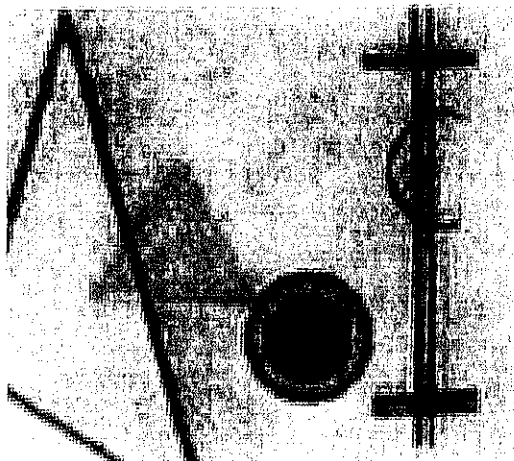
	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 1 di 4

01/2024




Gentile Paziente, Utente

il presente questionario è realizzato per raccogliere informazioni, per noi importanti, al fine di soddisfare il nostro desiderio di migliorare continuamente il servizio e le prestazioni rese e darci la possibilità di intervenire in modo specifico.

RingraziandoLa anticipatamente per l'attenzione che vorrà dedicare al presente questionario, ed informandoLa che i dati in esso contenuti non sono in nessun caso riconducibili alla persona, La preghiamo gentilmente di rispondere in modo completo a tutte le domande e segnalarci eventuali disservizi, errori o contrattempi da Lei riscontrati durante la permanenza nella nostra Struttura. Le chiediamo di depositare il questionario nell'apposita cassetta presente presso il Reparto ove è ospitato.

Reparto: R2D DCCG


	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 2 di 4

SESSO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CITTADINANZA: <input checked="" type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	ISTRUZIONE: <input type="checkbox"/> Elementare; <input checked="" type="checkbox"/> Diploma; <input type="checkbox"/> Laurea
ETA': <input type="checkbox"/> Da 21 a 40 anni; <input type="checkbox"/> Da 41 a 60 anni; <input checked="" type="checkbox"/> Da 61 a 80 anni; <input type="checkbox"/> Oltre 80 anni;		
PROFESSIONE: <input type="checkbox"/> Casalinga; <input type="checkbox"/> Operaio; <input type="checkbox"/> Impiegato; <input checked="" type="checkbox"/> Pensionato; <input type="checkbox"/> Disoccupato; <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Utente /Paziente con ricovero programmato		<input type="checkbox"/> Utente /Paziente privato

In relazione ai Servizi/Prestazioni ricevuti, voglia gentilmente fornirci il grado di **IMPORTANZA** (intendendo con ciò gli aspetti da Lei ritenuti prioritari nella nostra scelta) e di **SODDISFAZIONE** (intendendo con ciò la percezione su quanto le Sue esigenze o aspettative siano state da noi soddisfatte) da Lei attribuito ai seguenti aspetti, utilizzando la scala da 1 a 4 dove:

(1) indica **TOTALMENTE INSODDISFATTO**, (4) indica **ESTREMAMENTE SODDISFATTO**.

Servizio Prestazioni richieste/resi:	GRADO IMPORTANZA				LIVELLO SODDISFAZIONE			
	1	2	3	4	1	2	3	4
COME GIUDICA L'ACCOGLIENZA A LEI ED AI SUOI FAMILIARI O ACCOMPAGNATORI AL MOMENTO DEL RICOVERO?			X					X
IL PERSONALE CHE LEI HA AVUTO MODO DI INCONTRARE PORTAVA CON SÉ IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO?			X		X			
HA DOVUTO ATTENDERE PIÙ DI UN GIORNO PER IL RICOVERO? LE È STATO SPIEGATO DA UN OPERATORE?	X						X	
AL MOMENTO DEL RICOVERO, RITIENE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE CIRCA LE REGOLE E LE ABITUDINI DI VITA NEL REPARTO				X			X	
IL PERSONALE MEDICO HA DIMOSTRATO DISPONIBILITÀ RIGUARDO ALL'ASCOLTO ED AL COLLOQUIO?				X			X	
ALL'INIZIO DEL RICOVERO, LE HANNO DATO INFORMAZIONI CIRCA IL DECORSO DELLA DEGENZA ED I CONTENUTI DELLA ASSISTENZA?		X					X	
HA CONTINUATO A RICEVER INFORMAZIONI DURANTE IL RICOVERO?		X				X		
SE, PER NECESSITÀ TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE, LE È STATO SOMMINISTRATO UN TRATTAMENTO FASTIDIOSO, GLIENE È STATA DATA INFORMAZIONE IN ANTICIPO?			X					X
DURANTE QUESTO RICOVERO, LE È MAI RISULTATO CHE ESAMI O ACCERTAMENTI DI QUALSIASI TIPO SIANO STATI:			X				X	
RINVIATI-RIPETUTI PERCHÉ FATTI ALTROVE- RITENUTI INUTILI – PERCHÉ NEI REPARTI SI ERANO SMARRITI			X				X	
COME VALUTA IL TRATTAMENTO RISERVATO LE DAL PERSONAL INFERMIERISTICO SOTTO IL PROFILO SIA DELLA RISERVATEZZA CHE DELLA CORTESIA?			X				X	
CHE GIUDIZIO DÀ DEL TRATTAMENTO RICEVUTO DURANTE LE ORE NOTTURNE?		X				X		
CHE VALUTAZIONE DÀ DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ACCOMPAGNAMENTO DEI DEGENTI (PER L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI RADIO- DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO, CLINICI, ETC)?			X					X
RIGUARDO ALL'ACCURATEZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI, SI RITIENE:				X				X
LE È CAPITATO DI DOVER ACQUISTARE PARTICOLARI FARMACI PRESIDI SANITARI?			X				X	
COME GIUDICA L'IGIENE E LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI? SI RITIENE:			X		X			
HA AVUTO LA POSSIBILITÀ DI SCEGLIERE TRA DUE O PIÙ MENÙ?				X	X			
TROVA SODDISFACENTE IL LIVELLO, SIA QUANTITATIVO SIA QUALITATIVO DEI PASTI SOMMINISTRATI ED INOLTRE LE MODALITÀ E I TEMPI DELLE LORO DISTRIBUZIONI?			X		X			
RIGUARDO ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DI RICOVERO(ORARIO DELLE VISITE, DELLE PULIZIE, ECC.) SI RITIENE:				X		X		
VIENE OSSERVATO IL DIVIETO DI FUMARE?				X	X			
QUAL' È LA VALUTAZIONE GENERALE CHE DÀ DEL RICOVERO? SI RITIENE:			X				X	

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 3 di 4

Ha suggerimenti per migliorare il servizio?

DARE UN PO' DI CURA AI GIACCATI

SEMBRA CONFORME A UN TAPPETO DISOBB

DINATO I

Ha segnalazioni di specifici disservizi?

Data di compilazione: 29-3-2024


DATI FACOLTATIVI

Nome e Cognome

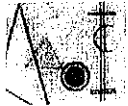
N° Stanza di Degenza

I dati raccolti, saranno utilizzati in conformità a quanto previsto dal Regolamento del Parlamento Europeo 679/2016 (GDPR), dal D. Lgs. 196/2003 così come integrato e aggiornato dal D. Lgs. 10 agosto 2018 n° 101 a soli scopi statistici interni per l'implementazione del nostro Sistema Qualità

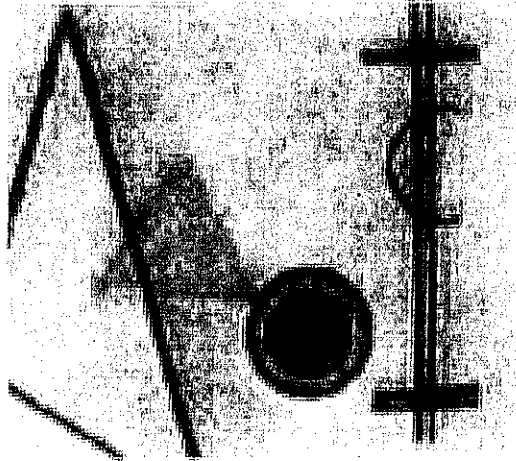
Il Responsabile Qualità di "Villa Mendicini"

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 4 di 4

certificato secondo lo standard UNI EN ISO 9001:2015. L'eventuale diffusione degli stessi potrà avvenire solo ed esclusivamente in forma aggregata e non sarà pertanto possibile risalire all'origine del singolo compilatore..

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 1 di 4

02/2024

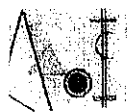


Gentile Paziente, Utente

il presente questionario è realizzato per raccogliere informazioni, per noi importanti, al fine di soddisfare il nostro desiderio di migliorare continuamente il servizio e le prestazioni rese e darci la possibilità di intervenire in modo specifico.

RingraziandoLa anticipatamente per l'attenzione che vorrà dedicare al presente questionario, ed informandoLa che i dati in esso contenuti non sono in nessun caso riconducibili alla persona, La preghiamo gentilmente di rispondere in modo completo a tutte le domande e segnalarci eventuali disservizi, errori o contrattempi da Lei riscontrati durante la permanenza nella nostra Struttura. Le chiediamo di depositare il questionario nell'apposita cassetta presente presso il Reparto ove è ospitato.

Reparto: RED DCCG


	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 2 di 4

SESSO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	CITTADINANZA: <input checked="" type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	ISTRUZIONE: <input type="checkbox"/> Elementare; <input checked="" type="checkbox"/> Diploma; <input type="checkbox"/> Laurea
ETA': <input type="checkbox"/> Da 21 a 40 anni; <input type="checkbox"/> Da 41 a 60 anni; <input checked="" type="checkbox"/> Da 61 a 80 anni; <input type="checkbox"/> Oltre 80 anni;		
PROFESSIONE: <input type="checkbox"/> Casalinga; <input type="checkbox"/> Operaio; <input type="checkbox"/> Impiegato; <input type="checkbox"/> Pensionato; <input type="checkbox"/> Disoccupato; <input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Utente /Paziente con ricovero programmato		<input type="checkbox"/> Utente /Paziente privato

In relazione ai Servizi/Prestazioni ricevuti, voglia gentilmente fornirci il grado di **IMPORTANZA** (intendendo con ciò gli aspetti da Lei ritenuti prioritari nella nostra scelta) e di **SODDISFAZIONE** (intendendo con ciò la percezione su quanto le Sue esigenze o aspettative siano state da noi soddisfatte) da Lei attribuito ai seguenti aspetti, utilizzando la scala da 1 a 4 dove:

(1) indica TOTALMENTE INSODDISFATTO, (4) indica ESTREMAMENTE SODDISFATTO.

Servizio Prestazioni richieste/resi:	GRADO IMPORTANZA				LIVELLO SODDISFAZIONE			
	1	2	3	4	1	2	3	4
COME GIUDICA L'ACCOGLIENZA A LEI ED AI SUOI FAMILIARI O ACCOMPAGNATORI AL MOMENTO DEL RICOVERO?				X				X
IL PERSONALE CHE LEI HA AVUTO MODO DI INCONTRARE PORTAVA CON SÉ IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO?				X				X
HA DOVUTO ATTENDERE PIÙ DI UN GIORNO PER IL RICOVERO? LE È STATO SPIEGATO DA UN OPERATORE?				X			X	
AL MOMENTO DEL RICOVERO, RITIENE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE CIRCA LE REGOLE E LE ABITUDINI DI VITA NEL REPARTO				X				X
IL PERSONALE MEDICO HA DIMOSTRATO DISPONIBILITÀ RIGUARDO ALL'ASCOLTO ED AL COLLOQUIO?				X				X
ALL'INIZIO DEL RICOVERO, LE HANNO DATO INFORMAZIONI CIRCA IL DECORSO DELLA DEGENZA ED I CONTENUTI DELLA ASSISTENZA?				X	X			
HA CONTINUATO A RICEVER INFORMAZIONI DURANTE IL RICOVERO?				X				X
SE, PER NECESSITÀ TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE, LE È STATO SOMMINISTRATO UN TRATTAMENTO FASTIDIOSO, GLIENE È STATA DATA INFORMAZIONE IN ANTICIPO?				X				X
DURANTE QUESTO RICOVERO, LE È MAI RISULTATO CHE ESAMI O ACCERTAMENTI DI QUALSIASI TIPO SIANO STATI: RINVIATI-RIPETUTI PERCHÉ FATTI ALTROVE- RITENUTI INUTILI – PERCHÉ NEI REPARTI SI ERANO SMARRITI				X				X
COME VALUTA IL TRATTAMENTO RISERVATO/LE DAL PERSONAL INFERMIERISTICO SOTTO IL PROFILO SIA DELLA RISERVATEZZA CHE DELLA CORTESIA?				X				X
CHE GIUDIZIO DÀ DEL TRATTAMENTO RICEVUTO DURANTE LE ORE NOTTURNE?				X				X
CHE VALUTAZIONE DÀ DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ACCOMPAGNAMENTO DEI DEGENTI (PER L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI RADIO- DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO, CLINICI, ETC)?				X				X
RIGUARDO ALL'ACCURATEZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI, SI RITIENE:				X				X
LE È CAPITATO DI DOVER ACQUISTARE PARTICOLARI FARMACI PRESIDI SANITARI?				X	X			
COME GIUDICA L'IGIENE E LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI? SI RITIENE:				X				X
HA AVUTO LA POSSIBILITÀ DI SCEGLIERE TRA DUE O PIÙ MENÙ?				X	X			
TROVA SODDISFACENTE IL LIVELLO, SIA QUANTITATIVO SIA QUALITATIVO DEI PASTI SOMMINISTRATI ED INOLTRE LE MODALITÀ E I TEMPI DELLE LORO DISTRIBUZIONI?				X	X			
RIGUARDO ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DI RICOVERO(ORARIO DELLE VISITE, DELLE PULIZIE, ECC.) SI RITIENE:				X	X			
VIENE OSSERVATO IL DIVIETO DI FUMARE?				X				X
QUAL' È LA VALUTAZIONE GENERALE CHE DÀ DEL RICOVERO? SI RITIENE:				X				X

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 3 di 4

Ha suggerimenti per migliorare il servizio?

AVERE UNA SALA PER POTER FARE FISIOTERAPIA
 UNA SALA PER POTER MANGIARE TUTTI INSIEME
 E UNA SALA PER POTER FARE L'ATTIVITA'

Ha segnalazioni di specifici disservizi?

AVERE LETTI QUADRIPLI E AVERE UN MIGLIORE
 FILTRO E SEMPRE FREDDO E AVERE PIU' SCELTA

Data di compilazione: 2024


DATI FACOLTATIVI

Nome e Cognome

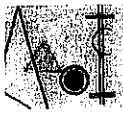
N° Stanza di Degenza

I dati raccolti, saranno utilizzati in conformità a quanto previsto dal Regolamento del Parlamento Europeo 679/2016 (GDPR), dal D. Lgs. 196/2003 così come integrato e aggiornato dal D. Lgs. 10 agosto 2018 n° 101 a soli scopi statistici interni per l'implementazione del nostro Sistema Qualità

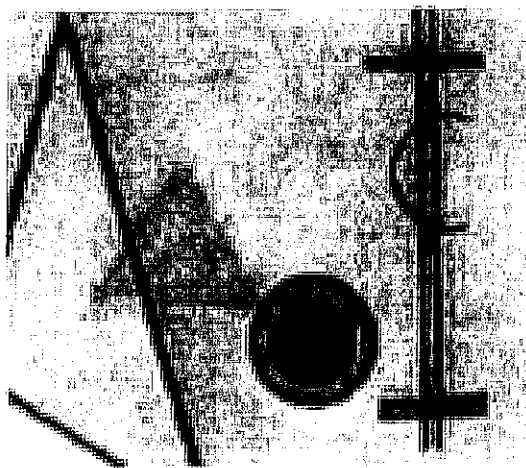
Il Responsabile Qualità di "Villa Mendicini"

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 4 di 4

certificato secondo lo standard UNI EN ISO 9001:2015. L'eventuale diffusione degli stessi potrà avvenire solo ed esclusivamente in forma aggregata e non sarà pertanto possibile risalire all'origine del singolo compilatore..

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 1 di 4

03/2024

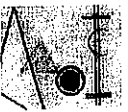


Gentile Paziente, Utente

il presente questionario è realizzato per raccogliere informazioni, per noi importanti, al fine di soddisfare il nostro desiderio di migliorare continuamente il servizio e le prestazioni rese e darci la possibilità di intervenire in modo specifico.

RingraziandoLa anticipatamente per l'attenzione che vorrà dedicare al presente questionario, ed informandoLa che i dati in esso contenuti non sono in nessun caso riconducibili alla persona, La preghiamo gentilmente di rispondere in modo completo a tutte le domande e segnalarci eventuali disservizi, errori o contrattempi da Lei riscontrati durante la permanenza nella nostra Struttura. Le chiediamo di depositare il questionario nell'apposita cassetta presente presso il Reparto ove è ospitato.

Reparto: DCCG

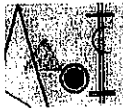
	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 2 di 4

SESSO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	CITTADINANZA: <input checked="" type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	ISTRUZIONE: <input type="checkbox"/> Elementare; <input checked="" type="checkbox"/> Diploma; <input type="checkbox"/> Laurea
ETA': <input type="checkbox"/> Da 21 a 40 anni; <input type="checkbox"/> Da 41 a 60 anni; <input type="checkbox"/> Da 61 a 80 anni; <input checked="" type="checkbox"/> Oltre 80 anni;		
PROFESSIONE: <input type="checkbox"/> Casalinga; <input type="checkbox"/> Operaio; <input type="checkbox"/> Impiegato; <input checked="" type="checkbox"/> Pensionato; <input type="checkbox"/> Disoccupato; <input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Utente /Paziente con ricovero programmato		<input type="checkbox"/> Utente /Paziente privato


In relazione ai Servizi/Prestazioni ricevuti, voglia gentilmente fornirci il grado di **IMPORTANZA** (intendendo con ciò gli aspetti da Lei ritenuti prioritari nella nostra scelta) e di **SODDISFAZIONE** (intendendo con ciò la percezione su quanto le Sue esigenze o aspettative siano state da noi soddisfatte) da Lei attribuito ai seguenti aspetti, utilizzando la scala da 1 a 4 dove:

(1) indica TOTALMENTE INSODDISFATTO. (4) indica ESTREMAMENTE SODDISFATTO.

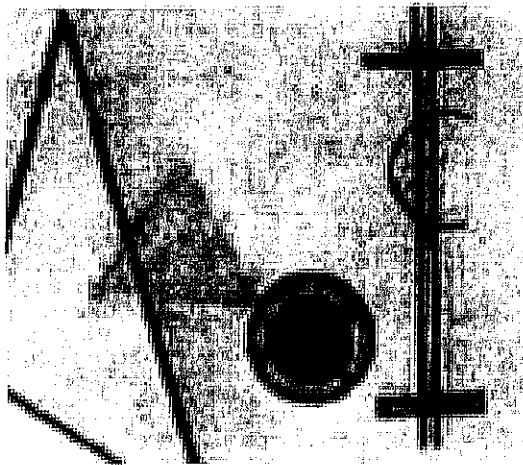
Servizio Prestazioni richieste/resi:	GRADO IMPORTANZA				LIVELLO SODDISFAZIONE			
	1	2	3	4	1	2	3	4
COME GIUDICA L'ACCOGLIENZA A LEI ED AI SUOI FAMILIARI O ACCOMPAGNATORI AL MOMENTO DEL RICOVERO?			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>
IL PERSONALE CHE LEI HA AVUTO MODO DI INCONTRARE PORTAVA CON SÉ IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO?			<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	
HA DOVUTO ATTENDERE PIÙ DI UN GIORNO PER IL RICOVERO? LE È STATO SPIEGATO DA UN OPERATORE?				<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
AL MOMENTO DEL RICOVERO, RITIENE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE CIRCA LE REGOLE E LE ABITUDINI DI VITA NEL REPARTO		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		
IL PERSONALE MEDICO HA DIMOSTRATO DISPONIBILITÀ RIGUARDO ALL'ASCOLTO ED AL COLLOQUIO?				<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
ALL'INIZIO DEL RICOVERO, LE HANNO DATO INFORMAZIONI CIRCA IL DECORSO DELLA DEGENZA ED I CONTENUTI DELLA ASSISTENZA?			<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	
HA CONTINUATO A RICEVERE INFORMAZIONI DURANTE IL RICOVERO?			<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	
SE, PER NECESSITÀ TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE, LE È STATO SOMMINISTRATO UN TRATTAMENTO FASTIDIOSO, GLIENE È STATA DATA INFORMAZIONE IN ANTICIPO?				<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
DURANTE QUESTO RICOVERO, LE È MAI RISULTATO CHE ESAMI O ACCERTAMENTI DI QUALSIASI TIPO SIANO STATI : RINVIATI-RIPETUTI PERCHÉ FATTI ALTROVE- RITENUTI INUTILI – PERCHÉ NEI REPARTI SI ERANO SMARRITI			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>
COME VALUTA IL TRATTAMENTO RISERVATO LE DAL PERSONAL INFERMIERISTICO SOTTO IL PROFILO SIA DELLA RISERVATEZZA CHE DELLA CORTESIA?				<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
CHE GIUDIZIO DÀ DEL TRATTAMENTO RICEVUTO DURANTE LE ORE NOTTURNE?				<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
CHE VALUTAZIONE DÀ DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ACCOMPAGNAMENTO DEI DEGENTI (PER L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI RADIO- DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO, CLINICI, ETC)?			<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	
RIGUARDO ALL'ACCURATEZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI, SI RITIENE:				<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
LE È CAPITATO DI DOVER ACQUISTARE PARTICOLARI FARMACI PRESIDI SANITARI?		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		
COME GIUDICA L'IGIENE E LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI? SI RITIENE:				<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
HA AVUTO LA POSSIBILITÀ DI SCEGLIERE TRA DUE O PIÙ MENÙ?		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		
TROVA SODDISFACENTE IL LIVELLO, SIA QUANTITATIVO SIA QUALITATIVO DEI PASTI SOMMINISTRATI ED INOLTRE LE MODALITÀ E I TEMPI DELLE LORO DISTRIBUZIONI?			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		
RIGUARDO ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DI RICOVERO(ORARIO DELLE VISITE, DELLE PULIZIE, ECC.) SI RITIENE:				<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
VIENE OSSERVATO IL DIVIETO DI FUMARE?		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	
QUAL' È LA VALUTAZIONE GENERALE CHE DÀ DEL RICOVERO? SI RITIENE:			<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 4 di 4

certificato secondo lo standard UNI EN ISO 9001:2015. L'eventuale diffusione degli stessi potrà avvenire solo ed esclusivamente in forma aggregata e non sarà pertanto possibile risalire all'origine del singolo compilatore..

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 1 di 4

02/2024

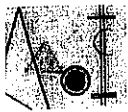


Gentile Paziente, Utente

il presente questionario è realizzato per raccogliere informazioni, per noi importanti, al fine di soddisfare il nostro desiderio di migliorare continuamente il servizio e le prestazioni rese e darci la possibilità di intervenire in modo specifico.

RingraziandoLa anticipatamente per l'attenzione che vorrà dedicare al presente questionario, ed informandoLa che i dati in esso contenuti non sono in nessun caso riconducibili alla persona, La preghiamo gentilmente di rispondere in modo completo a tutte le domande e segnalarci eventuali disservizi, errori o contrattempi da Lei riscontrati durante la permanenza nella nostra Struttura. Le chiediamo di depositare il questionario nell'apposita cassetta presente presso il Reparto ove è ospitato.

Reparto: DCCA

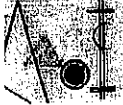
	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 2 di 4

SESSO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	CITTADINANZA: <input checked="" type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	ISTRUZIONE: <input checked="" type="checkbox"/> Elementare; <input type="checkbox"/> Diploma; <input type="checkbox"/> Laurea
ETA': <input type="checkbox"/> Da 21 a 40 anni; <input type="checkbox"/> Da 41 a 60 anni; <input type="checkbox"/> Da 61 a 80 anni; <input checked="" type="checkbox"/> Oltre 80 anni;		
PROFESSIONE: <input type="checkbox"/> Casalinga; <input checked="" type="checkbox"/> Operaio; <input type="checkbox"/> Impiegato; <input type="checkbox"/> Pensionato; <input type="checkbox"/> Disoccupato; <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Utente /Paziente con ricovero programmato		<input type="checkbox"/> Utente /Paziente privato

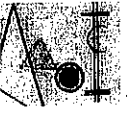
In relazione ai Servizi/Prestazioni ricevuti, voglia gentilmente fornirci il grado di **IMPORTANZA** (intendendo con ciò gli aspetti da Lei ritenuti prioritari nella nostra scelta) e di **SODDISFAZIONE** (intendendo con ciò la percezione su quanto le Sue esigenze o aspettative siano state da noi soddisfatte) da Lei attribuito ai seguenti aspetti, utilizzando la scala da 1 a 4 dove:

(1) indica **TOTALMENTE INSODDISFATTO**, (4) indica **ESTREMAMENTE SODDISFATTO**.

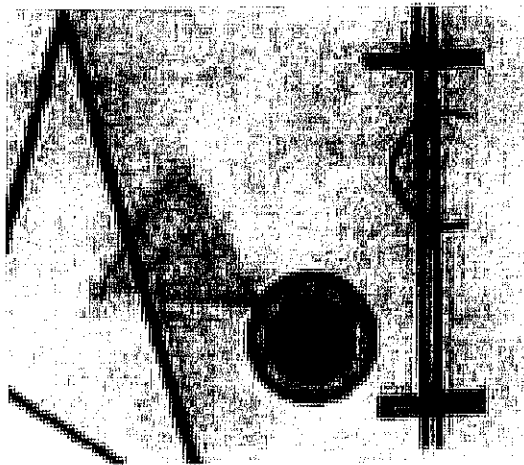
Servizio Prestazioni richieste/resi:	GRADO IMPORTANZA				LIVELLO SODDISFAZIONE			
	1	2	3	4	1	2	3	4
COME GIUDICA L'ACCOGLIENZA A LEI ED AI SUOI FAMILIARI O ACCOMPAGNATORI AL MOMENTO DEL RICOVERO?				X		X		
IL PERSONALE CHE LEI HA AVUTO MODO DI INCONTRARE PORTAVA CON SÉ IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO?			X					X
HA DOVUTO ATTENDERE PIÙ DI UN GIORNO PER IL RICOVERO? LE È STATO SPIEGATO DA UN OPERATORE?				X	X			
AL MOMENTO DEL RICOVERO, RITIENE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE CIRCA LE REGOLE E LE ABITUDINI DI VITA NEL REPARTO			X			X		
IL PERSONALE MEDICO HA DIMOSTRATO DISPONIBILITÀ RIGUARDO ALL'ASCOLTO ED AL COLLOQUIO?				X				X
ALL'INIZIO DEL RICOVERO, LE HANNO DATO INFORMAZIONI CIRCA IL DECORSO DELLA DEGENZA ED I CONTENUTI DELLA ASSISTENZA?				X			X	
HA CONTINUATO A RICEVER INFORMAZIONI DURANTE IL RICOVERO?				X				X
SE, PER NECESSITÀ TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE, LE È STATO SOMMINISTRATO UN TRATTAMENTO FASTIDIOSO, GLIENE È STATA DATA INFORMAZIONE IN ANTICIPO?			X			X		
DURANTE QUESTO RICOVERO, LE È MAI RISULTATO CHE ESAMI O ACCERTAMENTI DI QUALSIASI TIPO SIANO STATI : RINVIATI-RIPETUTI PERCHÉ FATTI ALTROVE- RITENUTI INUTILI – PERCHÉ NEI REPARTI SI ERANO SMARRITI				X		X		
COME VALUTA IL TRATTAMENTO RISERVATO LE DAL PERSONAL INFERMIERISTICO SOTTO IL PROFILO SIA DELLA RISERVATEZZA CHE DELLA CORTESIA?				X				X
CHE GIUDIZIO DÀ DEL TRATTAMENTO RICEVUTO DURANTE LE ORE NOTTURNE?				X				X
CHE VALUTAZIONE DÀ DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ACCOMPAGNAMENTO DEI DEGENTI (PER L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI RADIO- DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO, CLINICI, ETC)?				X				X
RIGUARDO ALL'ACCURATEZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI, SI RITIENE:				X				X
LE È CAPITATO DI DOVER ACQUISTARE PARTICOLARI FARMACI PRESIDI SANITARI?				X				X
COME GIUDICA L'IGIENE E LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI? SI RITIENE:				X				X
HA AVUTO LA POSSIBILITÀ DI SCEGLIERE TRA DUE O PIÙ MENÙ?			X			X		
TROVA SODDISFACENTE IL LIVELLO, SIA QUANTITATIVO SIA QUALITATIVO DEI PASTI SOMMINISTRATI ED INOLTRE LE MODALITÀ E I TEMPI DELLE LORO DISTRIBUZIONI?				X		X		
RIGUARDO ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DI RICOVERO(ORARIO DELLE VISITE, DELLE PULIZIE, ECC.) SI RITIENE:				X			X	
VIENE OSSERVATO IL DIVIETO DI FUMARE?				X				X
QUAL' È LA VALUTAZIONE GENERALE CHE DÀ DEL RICOVERO? SI RITIENE:				X			X	

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 4 di 4

certificato secondo lo standard UNI EN ISO 9001:2015. L'eventuale diffusione degli stessi potrà avvenire solo ed esclusivamente in forma aggregata e non sarà pertanto possibile risalire all'origine del singolo compilatore..

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 1 di 4

05/2024

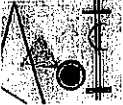


Gentile Paziente, Utente

il presente questionario è realizzato per raccogliere informazioni, per noi importanti, al fine di soddisfare il nostro desiderio di migliorare continuamente il servizio e le prestazioni rese e darci la possibilità di intervenire in modo specifico.

RingraziandoLa anticipatamente per l'attenzione che vorrà dedicare al presente questionario, ed informandoLa che i dati in esso contenuti non sono in nessun caso riconducibili alla persona, La preghiamo gentilmente di rispondere in modo completo a tutte le domande e segnalarci eventuali disservizi, errori o contrattempi da Lei riscontrati durante la permanenza nella nostra Struttura. Le chiediamo di depositare il questionario nell'apposita cassetta presente presso il Reparto ove è ospitato.

Reparto: DCCG

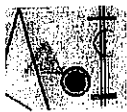
	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 2 di 4

SESSO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	CITTADINANZA: <input checked="" type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	ISTRUZIONE: <input checked="" type="checkbox"/> Elementare; <input type="checkbox"/> Diploma; <input type="checkbox"/> Laurea
ETA': <input type="checkbox"/> Da 21 a 40 anni; <input type="checkbox"/> Da 41 a 60 anni; <input checked="" type="checkbox"/> Da 61 a 80 anni; <input type="checkbox"/> Oltre 80 anni;		
PROFESSIONE: <input type="checkbox"/> Casalinga; <input type="checkbox"/> Operaio; <input type="checkbox"/> Impiegato; <input checked="" type="checkbox"/> Pensionato; <input type="checkbox"/> Disoccupato; <input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Utente /Paziente con ricovero programmato		<input type="checkbox"/> Utente /Paziente privato

In relazione ai Servizi/Prestazioni ricevuti, voglia gentilmente fornirci il grado di **IMPORTANZA** (intendendo con ciò gli aspetti da Lei ritenuti prioritari nella nostra scelta) e di **SODDISFAZIONE** (intendendo con ciò la percezione su quanto le Sue esigenze o aspettative siano state da noi soddisfatte) da Lei attribuito ai seguenti aspetti, utilizzando la scala da 1 a 4 dove:

(1) indica TOTALMENTE INSODDISFATTO. (4) indica ESTREMAMENTE SODDISFATTO.

Servizio Prestazioni richieste/resi:	GRADO IMPORTANZA				LIVELLO SODDISFAZIONE			
	1	2	3	4	1	2	3	4
COME GIUDICA L'ACCOGLIENZA A LEI ED AI SUOI FAMILIARI O ACCOMPAGNATORI AL MOMENTO DEL RICOVERO?			X				X	
IL PERSONALE CHE LEI HA AVUTO MODO DI INCONTRARE PORTAVA CON SÉ IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO?				X				X
HA DOVUTO ATTENDERE PIÙ DI UN GIORNO PER IL RICOVERO? LE È STATO SPIEGATO DA UN OPERATORE?			X				X	
AL MOMENTO DEL RICOVERO, RITIENE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE CIRCA LE REGOLE E LE ABITUDINI DI VITA NEL REPARTO			X				X	
IL PERSONALE MEDICO HA DIMOSTRATO DISPONIBILITÀ RIGUARDO ALL'ASCOLTO ED AL COLLOQUIO?				X				X
ALL'INIZIO DEL RICOVERO, LE HANNO DATO INFORMAZIONI CIRCA IL DECORSO DELLA DEGENZA ED I CONTENUTI DELLA ASSISTENZA?				X				X
HA CONTINUATO A RICEVER INFORMAZIONI DURANTE IL RICOVERO?			X				X	
SE, PER NECESSITÀ TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE, LE È STATO SOMMINISTRATO UN TRATTAMENTO FASTIDIOSO, GLIENE È STATA DATA INFORMAZIONE IN ANTICIPO?			X				X	
DURANTE QUESTO RICOVERO, LE È MAI RISULTATO CHE ESAMI O ACCERTAMENTI DI QUALSIASI TIPO SIANO STATI : RINVIATI-RIPETUTI PERCHÉ FATTI ALTROVE- RITENUTI INUTILI – PERCHÉ NEI REPARTI SI ERANO SMARRITI?			X				X	
COME VALUTA IL TRATTAMENTO RISERVATO LE DAL PERSONAL INFERMIERISTICO SOTTO IL PROFILO SIA DELLA RISERVATEZZA CHE DELLA CORTESIA?			X				X	
CHE GIUDIZIO DÀ DEL TRATTAMENTO RICEVUTO DURANTE LE ORE NOTTURNE?			X				X	
CHE VALUTAZIONE DÀ DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ACCOMPAGNAMENTO DEI DEGENTI (PER L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI RADIO- DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO, CLINICI, ETC)?				X			X	
RIGUARDO ALL'ACCURATEZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI, SI RITIENE:			X					X
LE È CAPITATO DI DOVER ACQUISTARE PARTICOLARI FARMACI PRESIDI SANITARI?				X				X
COME GIUDICA L'IGIENE E LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI? SI RITIENE:				X				X
HA AVUTO LA POSSIBILITÀ DI SCEGLIERE TRA DUE O PIÙ MENÙ?		X				X		
TROVA SODDISFACENTE IL LIVELLO, SIA QUANTITATIVO SIA QUALITATIVO DEI PASTI SOMMINISTRATI ED INOLTRE LE MODALITÀ E I TEMPI DELLE LORO DISTRIBUZIONI?	X				X			
RIGUARDO ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DI RICOVERO(ORARIO DELLE VISITE, DELLE PULIZIE, ECC.) SI RITIENE:			X				X	
VIENE OSSERVATO IL DIVIETO DI FUMARE?				X				X
QUAL' È LA VALUTAZIONE GENERALE CHE DÀ DEL RICOVERO? SI RITIENE:				X				X

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 3 di 4

Ha suggerimenti per migliorare il servizio?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ha segnalazioni di specifici disservizi?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data di compilazione: Gennaio 2024

DATI FACOLTATIVI

Nome e Cognome

N° Stanza di Degenza

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 4 di 4

certificato secondo lo standard UNI EN ISO 9001:2015. L'eventuale diffusione degli stessi potrà avvenire solo ed esclusivamente in forma aggregata e non sarà pertanto possibile risalire all'origine del singolo compilatore..