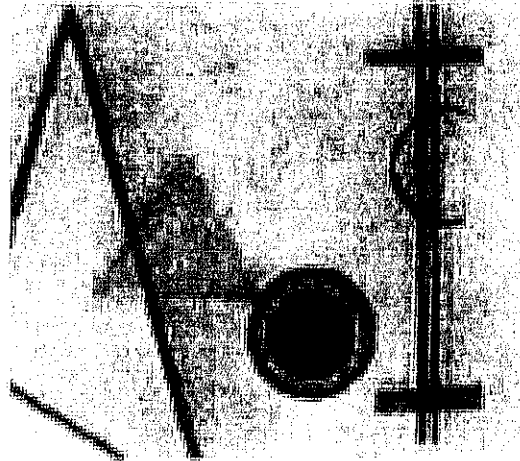
	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 1 di 4

01/2023




*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

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


<b>SESSO:</b> <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	<b>CITTADINANZA:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	<b>ISTRUZIONE:</b> <input type="checkbox"/> Elementare; <input checked="" type="checkbox"/> Diploma; <input type="checkbox"/> Laurea
<b>ETA':</b> <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;		
<b>PROFESSIONE:</b> <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:

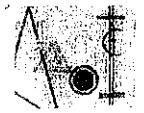
(1) indica **TOTALMENTE INSODDISFATTO**. .... (4) indica **ESTREMAMENTE SODDISFATTO**.

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

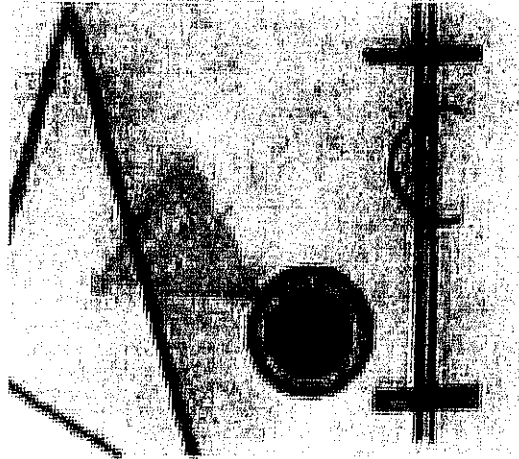


	<b>MODULO</b>	<b>Mod. CS Rev.01</b>
	<b>CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE</b>	<b>STR/REP/UFF: intera struttura</b>
		<b>Pag. 4 di 4</b>

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

02/2023




*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

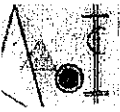
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	CITTADINANZA: <input checked="" type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	ISTRUZIONE: <input type="checkbox"/> Elementare; <input checked="" type="checkbox"/> Diploma; <input type="checkbox"/> Laurea
ETA': <input 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 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



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

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..