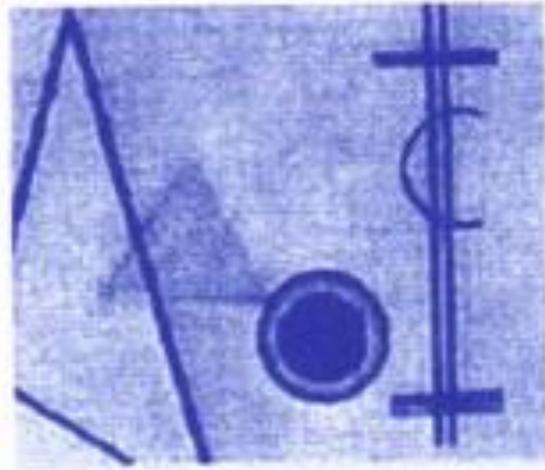


	MODULO	Mod. CS Rev.00
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE/UTENTE	STR/REP/UFF.: SRTRi – SRTRe - RSA
		Pag. 1 di 3



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:

	MODULO	Mod. CS Rev.00
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE/UTENTE	STR/REP/UFF.: SRTRi – SRTRe - RSA
		Pag. 2 di 3

SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CITTADINANZA: <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	ISTRUZIONE: <input 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 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 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?								
IL PERSONALE CHE LEI HA AVUTO MODO DI INCONTRARE PORTAVA CON SÉ IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO?								
HA DOVUTO ATTENDERE PIÙ DI UN GIORNO PER IL RICOVERO? LE È STATO SPIEGATO DA UN OPERATORE?								
AL MOMENTO DEL RICOVERO, RITIENE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE CIRCA LE REGOLE E LE ABITUDINI DI VITA NEL REPARTO								
IL PERSONALE MEDICO HA DIMOSTRATO DISPONIBILITÀ RIGUARDO ALL'ASCOLTO ED AL COLLOQUIO?								
ALL'INIZIO DEL RICOVERO, LE HANNO FORNITO ADEGUATE ED ESAURIENTI INFORMAZIONI CIRCA IL DECORSO DELLA DEGENZA ED I CONTENUTI DELLA ASSISTENZA?								
HA CONTINUATO A RICEVER INFORMAZIONI DURANTE IL RICOVERO?								
SE, PER NECESSITÀ TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE, LE È STATO SOMMINISTRATO UN TRATTAMENTO FASTIDIOSO, GLIENE È STATA DATA INFORMAZIONE IN ANTICIPO?								
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								
COME VALUTA IL TRATTAMENTO RISERVATO LE DAL PERSONAL INFERMIERISTICO SOTTO IL PROFILO SIA DELLA RISERVATEZZA CHE DELLA CORTESIA?								
CHE GIUDIZIO DÀ DEL TRATTAMENTO RICEVUTO DURANTE LE ORE NOTTURNE?								
CHE VALUTAZIONE DÀ DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ACCOMPAGNAMENTO DEI DEGENTI (PER L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI RADIO- DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO, CLINICI, ETC)?								
RIGUARDO ALL'ACCURATEZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI, SI RITIENE:								
LE È CAPITATO DI DOVER ACQUISTARE PARTICOLARI FARMACI PRESID SANITARI?								
COME GIUDICA L'IGIENE E LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI? SI RITIENE:								
HA AVUTO LA POSSIBILITÀ DI SCEGLIERE TRA DUE O PIÙ MENÙ?								
TROVA SODDISFACENTE IL LIVELLO, SIA QUANTITATIVO SIA QUALITATIVO DEI PASTI SOMMINISTRATI ED INOLTRE LE MODALITÀ E I TEMPI DELLE LORO DISTRIBUZIONI?								
RIGUARDO ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DI RICOVERO(ORARIO DELLE VISITE, DELLE PULIZIE, ECC.) SI RITIENE:								
VIENE OSSERVATO IL DIVIETO DI FUMARE?								
QUAL' È LA VALUTAZIONE GENERALE CHE DÀ DEL RICOVERO? SI RITIENE:								

