

HA DEI SUGGERIMENTI CHE POSSANO AIUTARCI AD OFFRIRLE UN SERVIZIO MIGLIORE?

PER USUFRUIRE DI QUALE SERVIZIO È VENUTO PRESSO LA NOSTRA STRUTTURA?:

RICOVERO IN REPARTO
(indicare quale)

AMBULATORIO
(indicare quale)

SERVIZIO DI RADIOLOGIA E DPI
(indicare quale)

DATA _____

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTE

Gentile Utente,
al fine di soddisfare al meglio le Sue aspettative, abbiamo formulato il questionario che segue per conoscere la Sua opinione sulla qualità dei servizi offerti e per capire quali sono le aree critiche sulle quali intervenire per migliorarle.

Tale questionario è del tutto anonimo, va compilato alla fine della Sua permanenza nella **Casa di Cura S. Rita** e imbucato nel box di raccolta "questionari soddisfazione utenti" disponibile in accettazione.

Per compilare il questionario è necessario apporre una X nella casella che esprime il Suo grado di soddisfazione.

Nel ringraziarLa per la collaborazione,
Le auguriamo un'immediata guarigione.

SERVIZIO ACCETTAZIONE

al suo ingresso nella casa di cura come giudica l'accoglienza da parte dell'operatore che si è occupato di lei?

OTTIMA | SODDISFACENTE | INSODDISFACENTE | PESSIMA

come giudica la chiarezza delle informazioni che le sono state fornite?

OTTIMA | SODDISFACENTE | INSODDISFACENTE | PESSIMA

REPARTO/AMBULATORIO/RADIOLOGIA-DPI

al suo ingresso in reparto/ambulatorio in che modo si è occupato di lei l'operatore?

OTTIMO | SODDISFACENTE | INSODDISFACENTE | PESSIMO

come giudica la qualità dell'assistenza del personale medico?

OTTIMA | SODDISFACENTE | INSODDISFACENTE | PESSIMA

come giudica la qualità dell'assistenza del personale infermieristico?

OTTIMA | SODDISFACENTE | INSODDISFACENTE | PESSIMA

come giudica la qualità del personale ausiliario?

OTTIMA | SODDISFACENTE | INSODDISFACENTE | PESSIMA

SERVIZI

quale è il suo giudizio sulla pulizia degli ambienti?

OTTIMO | SODDISFACENTE | INSODDISFACENTE | PESSIMO

quale è il suo giudizio sui pasti?

OTTIMO | SODDISFACENTE | INSODDISFACENTE | PESSIMO

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

come giudica l'attenzione rivolta al rispetto della sua privacy?

OTTIMA | SODDISFACENTE | INSODDISFACENTE | PESSIMA

quale è il suo giudizio complessivo sull'assistenza ricevuta durante sua permanenza?

OTTIMO | SODDISFACENTE | INSODDISFACENTE | PESSIMO

in caso di necessità si rivolgerebbe nuovamente alla nostra struttura?

1.

SI | NO