



Questionario di valutazione della qualità percepita dall'assistito / customer satisfaction

Gentile Signora/Signore,

Le chiediamo di rispondere al seguente questionario riguardante l'ambiente, le prestazioni, ed i servizi che ha ricevuto presso la nostra struttura sanitaria ed il Suo grado di soddisfazione al riguardo.

Per facilitare l'espressione più sincera delle Sue valutazioni il questionario è anonimo.

Reparto di degenza:

Medicina Lungodegenza RSA-R1 Hospice

Data di compilazione: ____/____/____

Sesso: M F **Età (anni):** 18 – 30 31 – 40 41 – 55 55 – 70 70 o più

Studi: licenza elementare licenza media diploma laurea

Professione: casalinga operaio impiegato libero professionista dirigente pensionato

1.Come valuta l'organizzazione della struttura nei seguenti aspetti?

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Insoddisfatto	Fortemente insoddisfatto
Accoglienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orario di visita ai familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempestività dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.Come valuta l'assistenza medica nei seguenti aspetti?

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Insoddisfatto	Fortemente insoddisfatto
Gentilezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità all'ascolto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionalità e cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.Come valuta l'assistenza infermieristica nei seguenti aspetti?

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Insoddisfatto	Fortemente insoddisfatto
Gentilezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità all'ascolto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionalità e cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortesia nel rispondere alle richieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.Come valuta il comfort della struttura nei seguenti aspetti?

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Insoddisfatto	Fortemente insoddisfatto
Pulizia degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia dei bagni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualità dei pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantità dei pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orario somministrazione dei pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orario somministrazione acqua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantità dell'acqua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquillità e silenzio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distributori automatici e spazi comuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.Complessivamente, come si ritiene del servizio offerto nella nostra struttura?

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Insoddisfatto	Fortemente insoddisfatto
Giudizio complessivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grazie della Sua preziosa collaborazione