

## Questionario di gradimento

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gentile Signora/e,

Le chiediamo di dedicarci alcuni minuti del Suo tempo per rispondere alle domande che seguiranno.

**Il questionario è anonimo.** Nel caso in cui le domande non risultassero chiare potrà rivolgersi ad un familiare, ad un conoscente o ad un operatore della struttura.

### AMMISSIONE E ACCOGLIENZA

1 = Pessimo

7 = Ottimo

Tempi di attesa per ottenere il ricovero	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione della struttura	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Cortesìa del personale:	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

### ASPETTI ALBERGHIERI

1 = Pessimo

7 = Ottimo

Pulizia:							
Camera	1	2	3	4	5	6	7
Bagno	1	2	3	4	5	6	7
Altri ambienti	1	2	3	4	5	6	7

Pasti:							
Qualità	1	2	3	4	5	6	7
Quantità	1	2	3	4	5	6	7
Possibilità di scelta del menu	1	2	3	4	5	6	7

Comfort e cura							
Stanza	1	2	3	4	5	6	7
Ambienti comuni	1	2	3	4	5	6	7
Arredi	1	2	3	4	5	6	7

### DURANTE IL RICOVERO

1 = Pessimo

7 = Ottimo

Disponibilità ad ascoltarLa e a rispondere alle Sue richieste	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Ha ricevuto adeguate informazioni e spiegazioni rispetto al suo stato di salute	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Completezza delle informazioni fornite su esami, cure e trattamenti	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

È stata rispettata la sua riservatezza	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

È soddisfatto della completezza e chiarezza delle indicazioni fornite su come comportarsi dopo la dimissione	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

**In base della Sua esperienza, che opinione ha maturato sulle competenze professionali di chi l'ha assistita/curata?**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

**Complessivamente quanto è soddisfatto della sua esperienza di ricovero?**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

**Consiglierebbe ad un Suo conoscente questa struttura?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Indichi il reparto dove è stato ricoverato:** \_\_\_\_\_

La ringraziamo per aver risposto a queste domande.

**Il contributo di tutte le persone che usufruiscono dei nostri servizi rappresenta, infatti, un prezioso strumento per migliorarne la qualità, anche in relazione a particolari esigenze.**

Non sono obbligatori ma la ringraziamo se compilerà anche i seguenti dati anagrafici, utili a fini statistici. Nel caso in cui il questionario fosse compilato da una persona diversa dal paziente, i dati anagrafici riportati saranno quelli della persona che ha effettuato la valutazione.

**DATI ANAGRAFICI**

**1) Età in anni:** \_\_\_\_\_ **2) Sesso:**  M  F **3) Nazionalità:**  Italiana  Europea  Extra UE

**4) Il questionario è compilato:** (indichi una sola risposta)

dal Paziente  con l'aiuto di familiari e conoscenti  con l'aiuto di un operatore della struttura  
 da un Parente  Altro \_\_\_\_\_

**5) Professione:**

Casalinga  Pensionato/a  Studente/ssa  Disoccupato/a  Operaio/a  
 Impiegato/a  Libero Professionista  Altro \_\_\_\_\_

**6) Titolo di studio:**

Nessuno  Scuola elementare  Scuola media inferiore  
 Scuola media superiore  Laurea  Altro \_\_\_\_\_

**7) È la prima volta che si rivolge a questa struttura?**  Sì  No

**8) Per quale motivo ha scelto questa struttura?** (indichi una sola risposta)

Me l'ha consigliato il medico  Me l'hanno consigliata amici/familiari  È vicina a casa  
 Conosco gli operatori e ho fiducia in loro  Altro \_\_\_\_\_

**9) Il suo ricovero è avvenuto in regime:**  Ordinario  Day Hospital