



La Direzione della Casa di Cura desidera conoscere le sue opinioni ed osservazioni sull'assistenza ricevuta ed in generale su tutti gli aspetti del Suo soggiorno presso di noi, al fine di apportare eventuali miglioramenti alla qualità del nostro servizio. La preghiamo quindi, in qualità di **Paziente o di familiare**, di compilare il presente questionario esprimendo in piena libertà il Suo giudizio.

Potrà consegnare il questionario compilato al Personale del Reparto o, se vuole mantenere l'anonimato, depositarlo nell'apposita cassetta.

Mese/anno di ricovero _____

Primo ricovero SI NO

Età: _____ Sesso: _____

Compilatore: Paziente Familiare

*(1 stella molto insoddisfatto; 2 stelle insoddisfatto; 3 stelle né soddisfatto né insoddisfatto; 4 stelle soddisfatto; 5 stelle molto soddisfatto)

| FATTORE DELLA QUALITA' | VALUTAZIONE GRADIMENTO DA 1 A 5 STELLE |
|---|---|
| 1. ACCOGLIENZA E INFORMAZIONI RICEVUTE SULL'ORGANIZZAZIONE DEL REPARTO | |
| - Cortesia, accoglienza e completezza di informazioni in accettazione | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Identificazione del personale | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Orari di visita | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Orario pasti | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Ricevimento medici | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| 2. ASPETTI STRUTTURALI E ALBERGHIERI | |
| - Confort della stanza | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Qualità del vitto | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Quantità del vitto | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Varietà del vitto | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Pulizia (camera, bagni e spazi comuni) | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| 3. ASSISTENZA DEL PERSONALE MEDICO | |
| - Disponibilità all'ascolto e al dialogo | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Informazioni sullo stato di salute e sulla terapia | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |



| | |
|--|-----------|
| - Professionalità | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| 4. ASSISTENZA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO | |
| - Disponibilità all'ascolto e al dialogo | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Capacità di tranquillizzare e mettere a proprio agio | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Professionalità | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| 5. ASSISTENZA DEL PERSONALE O.S.S. | |
| - Disponibilità all'ascolto e al dialogo | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Capacità di tranquillizzare e mettere a proprio agio | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Sollecitudine/ tempestività | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Professionalità | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| 6. ASSISTENZA DEL PERSONALE PSICOLOGICO / RIABILITATIVO | |
| - Disponibilità all'ascolto e al dialogo | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Professionalità | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| - Frequenza degli incontri | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| 7. SOSTEGNO PER I FAMILIARI DEGLI OSPITI | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |
| 8. GIUDIZIO GLOBALE SULLA CASA DI CURA | ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ |

Eventuali osservazioni:

| |
|--|
| |
|--|