

**ISTITUTO DI RIABILITAZIONE
VILLA AL LAGO S.R.L.**

QUESTIONARIO

per la rilevazione delle osservazione dei degenti

Gentile Signora/e,

la salutiamo cordialmente e le auguriamo che il Suo arrivo presso questa struttura e la sua permanenza tra noi sia il più possibile serena.

Da parte nostra teniamo a sottolineare l'impegno che profonderemo affinché ciò avvenga.

Per qualunque necessità troverà a Sua disposizione il personale in servizio che potrà facilmente identificare grazie al cartellino di riconoscimento.

Le chiediamo di esprimere il Suo parere e ogni altro suggerimento utile per migliorare la qualità dell'assistenza ricevuta.

La Sua opinione è molto importante per noi.

Per la sicurezza, la informiamo che i dati da Lei forniti verranno trattati in modo del tutto riservato e Lei non potrà essere identificato/a in alcun modo.

Nel ringraziarla per la collaborazione e nell'augurarLe una piacevole permanenza, Le porgiamo i più cordiali saluti

LA DIREZIONE SANITARIA

DATI RELATIVI AL PAZIENTE (dati facoltativi):

Nome _____ Cognome _____ ETA' _____ SESSO _____ PIANO _____

Quali sono le motivazioni per cui ha scelto di ricoverarsi presso questo Istituto?

| | |
|---|--|
| Specializzazione nel trattamento del problema | |
| Assistenza di tipo alberghiero di migliore qualità | |
| Accesso al ricovero più rapido | |
| Vicinanza della mia residenza alla struttura | |
| Tecnologie riabilitative migliori e all'avanguardia | |

OTTIMO BUONO MEDIO SCARSO

COME VALUTA IL LIVELLO DI IGIENE E PULIZIA?

| | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|
| Pulizia dei servizi igienici | | | | |
| Pulizia delle camere di degenza | | | | |
| Parti comuni | | | | |

E' SODDISFATTO DEI PASTI?

| | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|
| Qualità | | | | |
| Quantità | | | | |
| Orario di distribuzione | | | | |
| Temperatura | | | | |

COME VALUTA L'ASSISTENZA NOTTURNA?

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Tempestività nel rispondere alle chiamate | | | | |
| Gentilezza | | | | |
| Attenzione ai problemi | | | | |

COME CONSIDERA L'ASSISTENZA MEDICA?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Frequenza nelle visite | | | | |
| Disponibilità a fornire informazioni riguardanti la diagnosi, e il decorso della malattia del paziente | | | | |
| Gentilezza | | | | |
| Attenzione ai problemi | | | | |

COME CONSIDERA L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA?

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Tempestività nel rispondere alle chiamate | | | | |
| Disponibilità a fornire informazioni | | | | |
| Gentilezza | | | | |
| Attenzione ai problemi | | | | |

COME CONSIDERA L'ASSISTENZA DEL PERSONALE AUSILIARIO?

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Tempestività nel rispondere alle chiamate | | | | |
| Cura all'igiene del paziente | | | | |
| Gentilezza | | | | |
| Attenzione ai problemi | | | | |

COME VALUTA IL SERVIZIO DEI TERAPISTI?

| | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|
| Gentilezza | | | | |
| Attenzione ai problemi | | | | |
| Disponibilità a fornire informazioni | | | | |

COME VALUTA IL PERSONALE AMMINISTRATIVO?

| | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|
| Cortesìa e disponibilità | | | | |
| Chiarezza nel fornire informazioni | | | | |

EVENTUALI CONSIDERAZIONI E SUGGERIMENTI
