



BLUE CLINIC
HOSPITAL

Titolo Documento

Codice

Revisione

Pagina

**QUESTIONERIO DI
GRADIMENTO**

BCH/SR/001

00

01 DI

Gentile Utente, siamo interessati a conoscere la Sua opinione sulla nostra Struttura sul personale che vi opera e sui servizi che essa offre. Le Sue indicazioni ci saranno molto utili per capire i problemi esistenti, i possibili interventi e le soluzioni per migliorare l'efficienza e la qualità di questa Struttura. Il questionario che le chiediamo di compilare è assolutamente anonimo. Una volta compilata questa scheda la preghiamo di imbucarla nell'apposita cassetta posta

4: Ottimo

3: Soddisfacente

2: Insoddisfacente

1: Pessimo

Questionario compilato da: utente famiglia/parente
Sesso: maschio femmina
Grado di istruzione: elementare media diploma laurea

È la prima volta che si rivolge a questo Struttura?

- sì
 no, mi sono già rivolto in passato a questo centro per patologie/esigenze diverse da quella attuale.

Si rivolge a questa Struttura per quale servizio?

- degenza post-ospedaliera indicazione medica

La scelta di questo Centro è stata per Lei:

- condizionata dalla vicinanza con la mia abitazione
 obbligata, in quanto in questa zona non esistono altre strutture analoghe
 libera, basata sul prestigio di cui gode questa struttura
 consigliata dal medico di famiglia consigliata dallo specialista
 consiglio del medico ospedaliero consigliata da amico/conoscente
 altro: _____

QUAL È IL SUO GIUDIZIO RELATIVAMENTE AI SEGUENTI ASPETTI?

Accettazione	1	2	3	4
Cortesìa e disposizione del personale di segreteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilità a reperire informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completezza delle informazioni ricevute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rispetto dei tempi di attesa definiti per l'accesso alla prestazione richiesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambiente e strutture	1	2	3	4
Comfort degli ambienti (unità di degenza, ambulatori, sale di terapia, sale di attesa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia ed igiene dei locali (unità di degenza, sale di terapia, sale di attesa, servizi igienici, ambulatori, palestre, piscine ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adeguatezza ed efficienza delle apparecchiature elettromedicali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



BLUE CLINIC
HOSPITAL

Titolo Documento

Codice

Revisione

Pagina

**QUESTIONERIO DI
GRADIMENTO**

BCH/SR/001

00

01 DI

Servizio Ristorazione	1 2 3 4
Qualità del Servizio Ristorazione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4: ottimo	3: soddisfacente	
2: Insoddisfacente	1: Pessimo	
Attività Medica e Infermieristica	1 2 3 4	
Cortesia e disponibilità dei Medici	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Accuratezza delle visite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Disponibilità dei medici a fornire spiegazioni sulla patologia e sul programma terapeutico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Rispetto della riservatezza nel fornire spiegazioni sullo stato di salute	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Attività Assistenziale e Riabilitativa		
Cortesia e disponibilità da parte del personale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Disponibilità al dialogo e a fornire spiegazioni circa gli interventi da effettuare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Rispetto della riservatezza nel fornire spiegazioni sul suo stato di salute	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Concordanza delle informazioni ricevute dal personale sanitario	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Le è stato assegnato un medico di riferimento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Da compilare solo da chi ha svolto attività di Riabilitazione	1 2 3 4	
E' stata effettuata una valutazione del dolore?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Completezza delle spiegazioni ricevute in dimissione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Le spiegazioni ricevute in dimissione sono state date anche per iscritto?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Le sono stati prescritti farmaci e/o presidi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Rispetto dei tempi di durata dei trattamenti riabilitativi e/o allenanti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Competenze e sicurezza dimostrata dal personale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Complessivamente qual è il Suo giudizio		
Circa la nostra Struttura?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



BLUE CLINIC
HOSPITAL

Titolo Documento

Codice

Revisione

Pagina

**QUESTIONERIO DI
GRADIMENTO**

BCH/SR/001

00

01 DI

**Consiglierebbe ad un amico/conoscente che ne avesse bisogno
di rivolgersi presso questa struttura?**

si no

Osservazioni e suggerimenti _____

Data _____

Grazie per la sua gentile collaborazione