

QUESTIONARIO OSPITI

Gentile Signora/Egregio Signore, Le chiediamo cortesemente di compilare il questionario di seguito riportato e di riporlo nell'apposita cassetta situata nel Reparto.

Riteniamo molto importante la Sua opinione sugli argomenti toccati; la Sua collaborazione renderà possibile una valutazione critica della nostra organizzazione finalizzata ad un continuo miglioramento dei servizi offerti. I risultati raccolti verranno resi pubblici come previsto nella Carta dei Servizi.

Il questionario è anonimo, qualsiasi segno di riconoscimento non comporta comunque il suo annullamento; in questo caso si garantisce che i dati verranno trattati secondo la normativa vigente in materia di Privacy.

La ringraziamo per la collaborazione e Le rivolgiamo un cordiale saluto.

1. Quando è giunto/a presso il nostro Centro, ha avuto difficoltà a trovare il luogo in cui doveva recarsi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. Al momento del ricovero, è stato/a informato/a sull'organizzazione del reparto (orari visite mediche, pasti, visite, utilizzo degli spazi, ecc.)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. Al momento del ricovero, Le sono state indicate le persone alle quali far riferimento per i Suoi problemi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

4. Gli operatori si dimostrano gentili nei Suoi confronti?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	A VOLTE <input type="checkbox"/>
5. Gli operatori rispondono prontamente ai Suoi bisogni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	A VOLTE <input type="checkbox"/>
6. È soddisfatto/a dell'assistenza medica?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	A VOLTE <input type="checkbox"/>
7. È soddisfatto/a dell'assistenza infermieristica?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	A VOLTE <input type="checkbox"/>
8. Gli ambienti sono puliti?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	A VOLTE <input type="checkbox"/>
9. È soddisfatto/a dei pasti preparati dalla cucina?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	A VOLTE <input type="checkbox"/>

10. Cosa Le piacerebbe mangiare che non è compreso nei nostri menù?

11. È soddisfatto/a della Sua camera?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Se ha risposto NO, ne specifichi la motivazione: _____

HOSPICE "IL GABBIANO"

Ente gestore



via Gorno Ruffoni, 18 - 25026 Ponteviso (BS)
telefono: 0309930695
fax: 0309930537
e mail: hospice@ilgabbiano.it

12. Quando ha bisogno di qualcosa sa a chi rivolgersi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	A VOLTE <input type="checkbox"/>
13. Le risposte alle Sue richieste sono veloci e chiare?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	A VOLTE <input type="checkbox"/>

14. Riesce a soddisfare ogni Suo bisogno?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	A VOLTE <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

Se ha risposto NO, cosa non riesce a soddisfare? _____

15. Osservazioni e proposte:

Data _____