

Come valuta la professionalità del personale medico?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Competenza					
Qualità umane/Cortesie					
Disponibilità a fornire spiegazioni					
Attenzione posta ai bisogni e ai problemi riferiti					
Rispetto della privacy					

Come valuta la professionalità delle altre professioni sanitarie (Infermieri - Operatori Socio Sanitari -Personale Tecnico - Fisioterapisti)	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Competenza					
Qualità umane/Cortesie					
Disponibilità a fornire spiegazioni					
Attenzione posta ai bisogni e ai problemi riferiti					
Rispetto della privacy					

Come valuta i servizi dei reparti di degenza	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Vitto					
Letti e Arredi					
Pulizia (igiene della stanza e bagno interno)					

Ritiene sia opportuno apportare miglioramenti in questo Istituto? SI ☐ NO ☐

Se sì, quali sono i tre aspetti che, secondo Lei, andrebbero migliorati in questo Istituto:

1)

2)

3)



Gentile Signora, Egregio Signore,
 siamo interessati a conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto presso i nostril Istituti: grazie al Suo contributo sarà possibile migliorare la qualità delle prestazioni.

Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario che è completamente anonimo, sia in fase di acquisizione che nelle fasi successive di trattamento ed elaborazione dati.
 Le siamo davvero grati per la collaborazione

La Direzione

Data ____/____/____

Le chiediamo innanzitutto alcune INFORMAZIONI GENERALI:

Chi compila il questionario è:

- ☐ il paziente stesso ☐ un genitore, parente, altro

Il paziente è:

☐ maschio	☐ femmina	
☐ di nazionalità italiana	☐ di nazionalità straniera	
☐ residente nel territorio del comune di Roma	☐ residente nel territorio della Regione Lazio	☐ residente fuori Regione Lazio
età: anni		
☐ Licenza elementare e medie inferiori	☐ Diploma	☐ Laurea

Il paziente ha usufruito di:

- ☐ Ricovero Day-Hospital
☐ Ricovero Day-Surgery
☐ Ricovero ordinario

In quale Reparto_____

E' la prima volta che si rivolge a questa Struttura?

- ☐ Sì ☐ No

Per quale motivo ha scelto questa Struttura Sanitaria?

- ☐ Consigliata dal medico di base ☐ Sito web istituzionale
☐ Consigliata dal medico specialista
☐ E' il centro di riferimento per la mia patologia ☐ Sono all'avanguardia per mezzi diagnostici e terapie
☐ Me l'hanno consigliata amici/famigliari ☐ Conosco gli operatori e ho fiducia in loro
☐ E' vicino a casa ☐ Perché è un IRCCS (Istituto di Ricovero e cura a carattere scientifico)
☐ Altro (specificare).....

Ritiene che il nostro sito sia facilmente fruibile dal cittadino? ☐ Sì ☐ No

In caso di risposta negativa, per quale ragione?_____

Indichi con una **X** la sua valutazione su:

Come valuta la facilità di accesso all'Istituto?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Visibilità segnaletica esterna della struttura					
Mezzi di trasporto					
Parcheggio					
Barriere architettoniche					

Come valuta la facilità ad orientarsi all'interno dell'Istituto?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Visibilità segnaletica interna alla struttura					
Chiarezza dei percorsi interni alla struttura					
Presenza di punti informazioni					

Come valuta le condizioni degli ambienti dell'Istituto?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Pulizia e igiene degli ambienti					
Adeguatezza degli ambienti e dei servizi igienici					
Comfort degli ambienti					
Temperatura degli ambienti					
Riservatezza degli ambienti					

Come valuta i servizi offerti dall'Istituto?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Wi-fi					
Biblioteca					
Bancomat					
TV					
Bar					
Servizi religiosi					
Alloggio per familiari					

Come valuta l'accoglienza del servizio? (Accettazione e Punto Informazioni)	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Cortesia e professionalità del personale di contatto					
Chiarezza e completezza delle informazioni					

Come valuta l'informazione ricevuta in merito al percorso di cura a cui dovrà sottoporsi?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Chiarezza e completezza delle informazioni in merito ad eventuali rischi correlati ai trattamenti previsti per la cura della sua patologia					
Chiarezza e completezza delle informazioni riportate sul consenso informato.					
Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute sui controlli successivi ai trattamenti					
Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute sui comportamenti raccomandati da seguire					