

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEGLI OSPITI - STRUTTURE RESIDENZIALI

SERVIZIO/STRUTTURA: _____

DATA COMPILAZIONE: ____/____/____

INDICHI IL SUO GIUDIZIO IN RELAZIONE AL LIVELLO DI SODDISFAZIONE RISPETTO AI PUNTI DI SEGUITO INDICATI. IL QUESTIONARIO VERRÀ ELABORATO ELETTRONICAMENTE.

LA PREGHIAMO QUINDI DI ANNERIRE LE CASELLE UTILIZZANDO UNA BIRO.
LA RINGRAZIAMO PER LA COLLABORAZIONE.

		Maschio	Femmina
1	Sesso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		<64	65-74	75-84	>85
2	Età	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Meno di 4 mesi	da 4 mesi a 1 anno	da 1 anno a 5 anni	oltre 5 anni
3	Da quanto tempo vive in struttura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Molto soddisfatto	Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto
1	Disponibilità della Direzione/Coordinamento della struttura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Capacità di ascolto da parte degli Operatori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Flessibilità da parte degli Operatori nell'erogazione del servizio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Orari di apertura alle visite esterne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Qualità della pulizia e igiene degli ambienti comuni (ingresso, refettorio, sala tv, ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Qualità della pulizia e igiene della camera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Personalizzazione della camera (possibilità di porre oggetti personali)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Qualità della assistenza del Personale medico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Qualità della assistenza del Personale infermieristico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Qualità della assistenza del Personale assistenziale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Qualità della assistenza del Personale di fisioterapia e riabilitazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Attività proposte dal servizio di animazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Qualità del servizio di parrucchiere/barbiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Qualità del servizio di ristorazione e variabilità del menù	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Qualità del servizio di lavanderia e guardaroba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Organizzazione della giornata in struttura: tempi e modalità (es. orari e tempi dedicati alle attività, al riposo, ai pasti, ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Quanto ritiene di essere complessivamente soddisfatto del servizio offerto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18 | Eventuali suggerimenti/osservazioni per il miglioramento del servizio