

Questionario area degenza ordinaria / D.H.

Data compilazione \_\_\_\_\_

(gg/mm/aaaa)

Reparto \_\_\_\_\_

**D01** Il suo ricovero è avvenuto  Programmato   
 È un ricovero in day hospital

**QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI ??: (indicare da 1 a 7)**

**D02** Tempi d'attesa per ottenere il ricovero (*tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso in ospedale*)

1  2  3  4  5  6  7  
Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D03** Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto  
(*orari visite mediche, orari prelievi e terapie, orari visite parenti, orari ricevimenti medici, identificazione dei responsabili di cure*)

1  2  3  4  5  6  7  
Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D04** Aspetti strutturali e alberghieri (*confort della stanza, vitto, pulizia*)

1  2  3  4  5  6  7  
Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D05** Assistenza del personale infermieristico (*disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia*)

1  2  3  4  5  6  7  
Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D06** Assistenza del personale medico (*disponibilità, cortesia*)

1  2  3  4  5  6  7  
Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D07** Cure a Lei prestate

1  2  3  4  5  6  7  
Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D08** Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate

1  2  3  4  5  6  7  
Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D9** Rispetto della riservatezza personale

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto                      Molto soddisfatto

**D10** Organizzazione dell'ospedale nel suo insieme

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto                      Molto soddisfatto

**D11** Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione  
(riguardo a: uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto                      Molto soddisfatto

**D12** COMPLESSIVAMENTE QUANTO È SODDISFATTO DELLA SUA ESPERIENZA DI RICOVERO?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto                      Molto soddisfatto

**D13** CONSIGLIEREBBE AD ALTRI QUESTO OSPEDALE?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Assolutamente no                      Certamente si

**A14** Sesso M                       F                       **A15** Età \_\_\_\_\_

<b>A16</b> Scolarità		<b>A17</b> Nazionalità	
Nessuna	<input type="checkbox"/>		
Scuola obbligo	<input type="checkbox"/>	Italiana	<input type="checkbox"/>
Scuola superiore	<input type="checkbox"/>	Europea	<input type="checkbox"/>
Laurea	<input type="checkbox"/>	Extraeuropea	<input type="checkbox"/>

Osservazioni

---

---

---

Nel ringraziarLa per la collaborazione, Le rammentiamo che Le sue proposte ci aiuteranno a migliorare il servizio.

## CASA DI CURA DOMUS SALUTIS Questionario area ambulatoriale

Data compilazione \_\_\_\_\_ Ambulatorio di \_\_\_\_\_

(gg/mm/aaaa)

**D01** Come ha prenotato?

Telefonicamente  Allo sportello

**QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI ?:** (indicare da 1 a 7)

**D02** Servizio di prenotazione (*orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute*)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D03** Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D04** Servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket (*attesa allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute*)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D05** Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D06** Rispetto degli orari previsti (*puntualità del fisioterapista e/o personale infermieristico*)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D07** Attenzione ricevuta dal personale medico (*accuratezza della visita, cortesia*)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D08** Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute (*riguardanti trattamenti e/o esami diagnostici*)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D09** Attenzione ricevuta dal fisioterapista, personale infermieristico e/o tecnico (*accuratezza, cortesia, informazioni*)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D10** Rispetto della riservatezza personale

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D11** **COMPLESSIVAMENTE QUANTO È SODDISFATTO DEL NOSTRO SERVIZIO?**  
(*visite specialistiche, trattamenti riabilitativi, esami diagnostici*)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

**D12** **CONSIGLIEREBBE AD ALTRI QUESTA STRUTTURA?**

1 2 3 4 5 6 7

Assolutamente no      Certamente si

**A13** Sesso      M

F

**A14** Età \_\_\_\_\_

**A15** Scolarità

Nessuna

Scuola obbligo

Scuola superiore

Laurea

**A16** Nazionalità

Italiana

Europea

Extraeuropea

Osservazioni

---

---

---

Nel ringraziarLa per La collaborazione, Le rammentiamo che Le sue proposte ci aiuteranno a migliorare il servizio.