

Questionario cod. 2



ASL ROMA G

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

*Gentile signora,
Egregio signore,*

La preghiamo di prestare attenzione al seguente "questionario" che le viene richiesto allo scopo di avere le Sue valutazioni circa la qualità dei servizi.

Il questionario può essere imbucato nell'apposita cassetta collocata presso l'atrio dell'Azienda, oppure, se crede, può fare riferimento alla Caposala del reparto..

Le precisiamo, altresì, che il questionario è anonimo e la Sua collaborazione è per noi estremamente importante, poiché ci permette di raccogliere informazioni e suggerimenti utili per poterci migliorare e rispondere in modo sempre più efficace alle esigenze degli utenti questo Ospedale.

*La ringraziamo per l'attenzione e la collaborazione.
Distinti saluti.*

*Il Direttore Generale
Dr. Giovanni Di Pilla*



Ringraziandola per la collaborazione si precisa
che per eventuali Sue segnalazioni suggerimenti, elogi e/o
reclami potrà rivolgersi
all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (PIP)

Alcuni dati personali solo per identificarLa in un gruppo:

Sesso

M	F
---	---

Età

--

Professione

In quale reparto è stato ricoverato?

Come valuta l'Assistenza Infermieristica per	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
Chiarezza delle informazioni				
Attenzioni alle sue esigenze				
Tempestività risposta alle Sue richieste				
Disponibilità				

Come valuta l'Assistenza Medica per	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
informazioni cure e decorso della malattia				
informazioni sulla diagnosi				
attenzione alle sue esigenze				
tempestività				
disponibilità				

Come valuta i confort e i vari servizi	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
Orario e organizzazione delle visite				
Atmosfera di reparto				
Tipo di relazioni umane nel reparto				
Pulizia del reparto				
Pulizia e igiene dei servizi igienici del reparto				
Ambiente e confort (arredo tranquillità, ecc.)				
Telefoni, distributori automatici di bevande, generi di prima necessità, ecc				

Come valuta il Vitto	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
Presentazione				
Quantità				
Qualità				
Orario dei pasti				
Grado di soddisfazione del suo ricovero				
Come valuta il tempo di attesa per il ricovero. (Indicare il tempo di attesa dei giorni)				