7. PER CONCLUDERE...

	SÌ Decisamente	SÌ Abbastanza	NO	NON SA
Complessivamente, direbbe :				
• Sono stato ben curato/a e consigliato/a	☐	☐	☐	☐
• Al termine del mio ricovero, mi sento meglio	☐	☐	☐	☐

	SÌ Sicuramente	SÌ Forse	NO	NON SA
• Raccomanderebbe la clinica ad amici e conoscenti ?	☐	☐	☐	☐

• Ha richieste o suggerimenti specifici per migliorare i Servizi offerti ?

*Attenzione: la compilazione del modello non prevede l'acquisizione di dati identificativi. Nel caso il competente ufficio ne ravvisasse la presenza, essi verranno depennati e verranno acquisiti solamente i dati non riconducibili ad interessati identificabili.

8. INFORMAZIONI COMPLEMENTARI

Per fini statistici La preghiamo di indicarci i seguenti dati generici :

Il Suo sesso : Uomo ☐ Donna ☐ **Anno di nascita :** ____

Per quanto tempo è stato ricoverato ?

Meno di 15 giorni ☐ Di 15 giorni a 1 mese ☐ Da più tempo ☐

Prima del Suo ricovero, Lei era :

A casa ☐ In ospedale ☐ Altro ☐

Ha scelto personalmente questa clinica ? SÌ ☐ NO ☐

Chi ha compilato il questionario ?

Il paziente ☐ Un parente ☐ Un assistente ☐

In che data ? GIORNO ____ MESE

La ringraziamo per aver risposto al questionario.
La preghiamo di imbucarlo nell'urna presso la Reception.

SatisfaKtion

Buongiorno, desideriamo innanzitutto ringraziarLa per la Sua preziosa disponibilità.

Le chiediamo di esprimere il Suo parere in merito ai Servizi offerti dalla Clinica.

SONDAGGIO DI SODDISFAZIONE 2016
Alla cortese attenzione del Paziente o dei suoi familiari

La preghiamo di compilare questa scheda in tutte le sue parti. Avrà pertanto la possibilità di comunicarci, in modo anonimo, il livello di gradimento dei nostri Servizi secondo la seguente scala :

Estremamente soddisfatto/a	Molto soddisfatto/a	Abbastanza soddisfatto/a	Non molto soddisfatto/a	Per niente soddisfatto/a	Non sa, non La riguarda

1. IL SUO APPREZZAMENTO COMPLESSIVO

È complessivamente soddisfatto/a dei Servizi offerti dalla Clinica ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. L'ASCOLTO, L'ACCOGLIENZA, L'INFORMAZIONE

Come valuta il Suo coinvolgimento e la condivisione del percorso di cura ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	SÌ	NO
• All'arrivo, Le è stata consegnata una Carta dei Servizi ?	☐	☐

Al momento del Suo ricovero presso la Clinica, è rimasto/a soddisfatto/a :						
• Della rapidità della gestione amministrativa ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Dell'aiuto offerto dalla Carta dei Servizi ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Dell'efficienza nella gestione del momento dell'ingresso da parte dell'Equipe medica ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Al momento della Sua dimissione dalla Clinica, è rimasto/a soddisfatto/a :						
• Delle informazioni ricevute sulla dimissione ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Delle informazioni ricevute rispetto ad eventuali cure da effettuare dopo le dimissioni ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Della semplicità delle pratiche amministrative il giorno della dimissione ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. LE CURE, L'ASSISTENZA E LA RIABILITAZIONE

Complessivamente, è soddisfatto/a della qualità delle cure che ha ricevuto ?						
• Le Sue interazioni con i Medici ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Le Sue interazioni con l'Equipe assistenziale ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La chiarezza e la completezza delle spiegazioni sul Suo stato di salute ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La chiarezza delle spiegazioni sul Suo progetto terapeutico e sul Suo progetto di cura (cure erogate, trattamento, ...) ricevute dal :						
• Personale Medico	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Personale Infermieristico	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Personale Fisioterapico e/o Logopedico	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La concordanza delle informazioni ricevute da Operatori differenti ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Le spiegazioni ricevute sugli effetti dei trattamenti sulla salute (rischi, benefici) ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La condivisione con il Medico del percorso di cura, compresa la fase di dimissione ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• L'attenzione alla terapia per il controllo del dolore ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Il trattamento fisoterapico e/o logopedico ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La disponibilità del personale di giorno ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La disponibilità del personale di notte ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• L'accuratezza del personale nella buona pratica del lavaggio delle mani o del cambio guanti tra un paziente e l'altro ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• L'attenzione al Suo benessere ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• L'assistenza durante gli spostamenti ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La qualità degli spazi dedicati alle cure ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La qualità degli spazi dedicati alla rieducazione ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Il rispetto della Sua dignità e della Sua intimità ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Il rispetto della riservatezza nei colloqui sul Suo stato di salute ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Estremamente soddisfatto/a	Molto soddisfatto/a	Abbastanza soddisfatto/a	Non molto soddisfatto/a	Per niente soddisfatto/a	Non sa, non La riguarda

4. LA CAMERA

È soddisfatto/a della Sua camera ?						
• Il comfort della Sua camera ? (biancheria da letto, illuminazione, temperatura, isolamento acustico)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La qualità del servizio TV ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La cura della biancheria da letto da parte della Struttura ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La pulizia della camera e del bagno ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La funzionalità del bagno ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La possibilità di avere un letto per chi La accompagna ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. L'AMBIENTE

È soddisfatto/a dell'ambiente offerto dalla Clinica?						
• L'accoglienza e l'atmosfera dei locali ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La pulizia e la manutenzione degli spazi comuni ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La facilità di orientamento nella Struttura ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. I PASTI, LA RISTORAZIONE

Complessivamente, è soddisfatto/a dei pasti ?						
• Il sapore e il gusto delle pietanze ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La qualità del servizio in camera ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• La possibilità di sostituire una pietanza, di adattare il menù ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Il rispetto della Sua dieta ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐