

**CUSTOMER SATISFACTION
OdC CALCINATE****Gentile Utente,**

Le saremmo grati se, cortesemente, volesse dedicare alcuni minuti alla compilazione del presente questionario.

È per noi molto importante conoscere la Sua opinione sui nostri Servizi; le Sue indicazioni saranno preziose per migliorarne la qualità. Il questionario è anonimo. La ringraziamo anticipatamente per la Sua collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

FAC SIMILE - RILEVAZIONE SOLO DIGITALE**FAC SIMILE****Data compilazione (gg/mm/aaaa)**

D01	Il questionario è compilato da: (barrare una o più caselle)	D02	Il paziente è giunto in ospedale di comunità:
<input type="checkbox"/>	1) Paziente	<input type="checkbox"/>	1) Dopo ricovero Ospedaliero
<input type="checkbox"/>	2) Familiare	<input type="checkbox"/>	2) Da casa
<input type="checkbox"/>	3) Altro Caregiver		

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

(indicare da 1 = Valutazione molto negativa a 7 = valutazione molto positiva)

D03	Tempi d'attesa per ottenere il ricovero (Compilare solo se provenienti dal proprio domicilio) (tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso in ospedale)
	Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 6 7 Molto soddisfatto
D04	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)
	Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 6 7 Molto soddisfatto
D05	Qualità del cibo
	Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 6 7 Molto soddisfatto
D06	Varietà dei piatti proposti
	Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 6 7 Molto soddisfatto
D07	Comfort della stanza
	Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 6 7 Molto soddisfatto
D08	Igiene e pulizia degli ambienti (camere, corridoi, letti)
	Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 6 7 Molto soddisfatto
D09	Assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)
	Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 6 7 Molto soddisfatto
D10	Assistenza del fisioterapista (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)
	Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 6 7 Molto soddisfatto
D11	Assistenza del personale medico (disponibilità, cortesia)
	Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 6 7 Molto soddisfatto

D12	Cure a Lei prestate									
	Per niente soddisfatto	1	2	3	4	5	6	7	Molto soddisfatto	
D13	Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate									
	Per niente soddisfatto	1	2	3	4	5	6	7	Molto soddisfatto	
D14	Rispetto della riservatezza personale									
	Per niente soddisfatto	1	2	3	4	5	6	7	Molto soddisfatto	
D15	Organizzazione dell'ospedale nel suo insieme									
	Per niente soddisfatto	1	2	3	4	5	6	7	Molto soddisfatto	
D16	Indicazioni ricevute da lei o dal suo familiare riguardo i comportamenti da seguire per mantenere il suo stato di salute dopo la dimissione (riguardo a: uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane)									
	Per niente soddisfatto	1	2	3	4	5	6	7	Molto soddisfatto	
D17	Indicazioni fornite dagli operatori sanitari sul proseguimento del percorso di cura									
	Per niente soddisfatto	1	2	3	4	5	6	7	Molto soddisfatto	
D18	Complessivamente quanto è soddisfatto della sua esperienza di ricovero?									
	Per niente soddisfatto	1	2	3	4	5	6	7	Molto soddisfatto	
D19	Consiglierebbe ad altri questo ospedale?									
	Assolutamente NO	1	2	3	4	5	6	7	Certamente SI	
D20	La invitiamo ad indicare eventuali Sue osservazioni e/o suggerimenti per migliorare la nostra attività:									
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>										

FAC SIMILE