

Prestazione/i di cui ha usufruito

.....
.....
.....
.....
.....

Data compilazione:

Spazio per eventuali osservazioni/suggerimenti

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dopo la compilazione può restituirci il il questionario nei seguenti modi:

- 1- spedendolo all'indirizzo: Ente Unico Raphaël
viale F. Agello n. 1 Desenzano del Garda (BS)
- 2- imbucandolo nell'apposita cassetta in sala di attesa del Poliambulatorio Raphaël-Laudato Sì'
- 3- spedendone la scansione o fotografia all'indirizzo mail:
info@ambulatoriraphael.it



ENTE UNICO: C-Dom e UCP-Dom

Viale F. Agello n. 1 - Desenzano del Garda
Tel. 030.5780437 - mail: info@ambulatoriraphael.it

Questionario di valutazione della qualità del servizio

"SOLO CIÒ CHE È MISURABILE È MIGLIORABILE"
- Thomas Kuhn

*Gentile Signora / Egregio Signore,
le chiediamo un momento di tempo per esserci d'aiuto,
con le sue indicazioni, a migliorare i Servizi che
le offriamo.*

*La invitiamo gentilmente a compilare questo breve
questionario di soddisfazione: ci aiuterà a capire se le
sue aspettative sono state soddisfatte e come possiamo
migliorare.*

*Il questionario è anonimo e i dati saranno trattati nel
rispetto della normativa sulla privacy.*

Grazie di cuore per il tempo che ci ha voluto dedicare.

La Cooperativa Raphaël

D01 DA QUANTO TEMPO L'UTENTE USUFRUISCE DEL SERVIZIO?

meno di 15 giorni	da 15 giorni a 1 mese	più di 1 mese
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D02 LE È STATA CONSEGNATA LA CARTA DEI SERVIZI?

si	no	non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



D03 HA RICEVUTO INFORMAZIONI SODDISFACENTI RISPETTO ALLE MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO?

si	no	non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quanto è soddisfatto:


D04 DELLA CORTESIA E DELLA DISPONIBILITÀ DEGLI OPERATORI

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Per niente soddisfatto molto soddisfatto 



D05 DELLA CAPACITÀ DI ASCOLTO DEGLI OPERATORI

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Per niente soddisfatto molto soddisfatto 



D06 DEL SUO COINVOLGIMENTO NELLA PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Per niente soddisfatto molto soddisfatto 

D07 DELLA CAPACITÀ DI GESTIRE LE CRITICITÀ/EMERGENZE DA PARTE DEGLI OPERATORI

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Per niente soddisfatto molto soddisfatto 

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Per niente soddisfatto molto soddisfatto 

D8 DELLE CURE SANITARIE (MEDICHE, INFERMIERISTICHE, CURA ED IGIENE DELLA PERSONA, SUPPORTO PSICOLOGICO, FISOTERAPICHE?)

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Per niente soddisfatto molto soddisfatto 

D9 RISPETTO A CIÒ CHE SI ASPETTAVA DAL SERVIZIO QUANTO SI RITIENE SODDISFATTO

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Per niente soddisfatto molto soddisfatto 

D10 NEL COMPLESSO, QUANTO SI RITIENE SODDISFATTO/A DELLA ASSISTENZA DOMICILIARE CHE LE È STATA FORNITA

Informazioni anagrafiche di chi compila il questionario:

A11 SESSO

femmina maschio

A12 SOGGETTO COMPILANTE

paziente care giver

familiare altro

A13 ETÀ

anni

A14 SCOLARITÀ

nessuna scuola dell'obbligo
 scuola superiore laurea o altro titolo universitario

A15 NAZIONALITÀ

italiana europea
 extra europea