

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO



Gentile Signora/Signore,

Il Suo contributo è molto importante per poter migliorare i nostri servizi e rispondere sempre al meglio alle esigenze dei pazienti. Le chiediamo qualche minuto del Suo tempo per la compilazione del seguente questionario (in forma anonima) barrando con una **X** la casella che meglio esprime il Suo giudizio.

La scala di valutazione va da 1 a 5: **1 = Per nulla soddisfatto; 5 = Molto soddisfatto**

Grazie per la Sua collaborazione.

Data ___/___/___

Prestazione specialistica

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> VISITA ORTOPEDICA | <input type="checkbox"/> VISITA OCULISTICA | <input type="checkbox"/> VISITA CARDIOLOGICA |
| <input type="checkbox"/> RISONANZA MAGNETICA / TAC | <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA / RADIOLOGIA | <input type="checkbox"/> ALTRO |

REGIME	<input type="checkbox"/> ASSICURATO	<input type="checkbox"/> SOLVENTE	<input type="checkbox"/> SISTEMA SANITARIO	<input type="checkbox"/> CONVENZIONATO	
ETÀ	<input type="checkbox"/> 18-30	<input type="checkbox"/> 31-50	<input type="checkbox"/> 51-70	<input type="checkbox"/> OLTRE 70	
PROFESSIONE	<input type="checkbox"/> IMPIEGATO	<input type="checkbox"/> DISOCCUPATO	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA	<input type="checkbox"/> ALTRO/PENSIONATO	
SCOLARITÀ	<input type="checkbox"/> LAUREA	<input type="checkbox"/> SCUOLA SUPERIORE	<input type="checkbox"/> SCUOLA DELL'OBBLIGO	<input type="checkbox"/> ALTRI TITOLI	
RESIDENZA	<input type="checkbox"/> TRENINO	<input type="checkbox"/> ALTO ADIGE	<input type="checkbox"/> VENETO	<input type="checkbox"/> LOMBARDIA	<input type="checkbox"/> ALTRO

É il primo accesso presso la Casa di Cura Villa Bianca? SI NO

Come è venuto a conoscenza della Casa di Cura Villa Bianca?

- Su segnalazione di un conoscente/parente
- Attraverso mezzi d'informazione (giornali, TV, radio)
- A seguito di trasferimento da un'altra struttura
- Su consiglio del medico curante
- Su www.villabiancatrento.it
- Altro

Per esprimere il Suo livello di gradimento, attribuisca un valore da 1 a 5 ad ogni risposta:

1 - Per niente 2 - Poco soddisfatto 3 - Abbastanza soddisfatto 4 - Soddisfatto 5 - Molto soddisfatto

	Per niente					Molto
	1	2	3	4	5	
Nel complesso quanto è soddisfatto della Sua esperienza presso Villa Bianca?	<input type="checkbox"/>					

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

Per favore esprima una Sua valutazione per ogni aspetto

Per niente					Molto
1	2	3	4	5	

1. Accettazione e Organizzazione

1.1 Cortesia e disponibilità degli operatori all'accettazione	<input type="checkbox"/>				
1.2 Tempi di attesa e disbrigo pratiche in ingresso	<input type="checkbox"/>				
1.3 Disponibilità e cortesia addetto accettazione del Poliambulatorio (4° piano)	<input type="checkbox"/>				
1.4 Chiarezza della segnaletica all'interno di Villa Bianca	<input type="checkbox"/>				

2. Assistenza medica

2.1 Professionalità e attenzione del medico specialista	<input type="checkbox"/>				
2.2 Reperibilità e disponibilità del medico verso lei e i suoi familiari	<input type="checkbox"/>				
2.3 Chiarezza e tempestività nel fornire informazioni sulle cure e sullo stato di salute	<input type="checkbox"/>				
2.4 Tutela della riservatezza e della privacy durante le visite			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SI NO

3. Assistenza Infermieristica e altro personale sanitario

3.1 Professionalità e competenza mostrate durante le procedure assistenziali	<input type="checkbox"/>				
3.2 Presenza e disponibilità delle infermiere e del personale sanitario	<input type="checkbox"/>				
3.3 Attenzione e cura alle esigenze del paziente	<input type="checkbox"/>				
3.4 Professionalità dei tecnici di radiologia	<input type="checkbox"/>				
3.5 Tutela della riservatezza e della privacy durante le procedure			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SI NO

4. Comfort della Struttura

4.1 Pulizia ed ordine delle sale di attesa	<input type="checkbox"/>				
4.2 Pulizia ed ordine dei servizi igienici	<input type="checkbox"/>				

5. Sintesi

5.1 Chiarezza delle informazioni ricevute	<input type="checkbox"/>				
5.2 Facilità nel ricontattare la struttura ed il medico di riferimento	<input type="checkbox"/>				

Consiglierebbe questa Casa di Cura ad altri?

SI NO NON SAPREI

Spazio dedicato a osservazioni, suggerimenti o reclami
