

QUESTIONARIO SUL LIVELLO DI SODDISFAZIONE PROPOSTO AGLI UTENTI



Casa di Cura Privata Villa Benedetta
Circonvallazione Cornelia 65 - 00165 Roma
Tel. 06 66 65 21 | Fax 06 66 21 630

Poliambulatorio Semeiologico Romano
Via Nizza 22 - 00198 Roma
Tel. 06 84 13 992 | Fax 06 85 40 003

Casa di Cura Karol Wojtyla Hospital
Viale Africa 32 - 00144 Roma
Tel. 06 54 999 | Fax. 06 54 99 21 38

Casa di Cura Villa dei Pini
Via Casal di Brocco 19 - 00042 Anzio
Tel. 06 86 77 14

Hospice Santa Rita
Via Catignano 2/4 - 00132 Roma
Tel. 06 90 21 36 56

Poliambulatori Tivoli
Viale Trieste 2/B - 00019 Tivoli
Tel. 0774 31 28 42
Via Nazionale Tiburtina 325 - 00011 Tivoli Terme
Tel. 0774 37 12 99

www.villabenedettagroup.it



Gentile Signora/e, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti che la Casa di Cura Villa Benedetta mira a perseguire, La invitiamo cortesemente ad esporci, attraverso la compilazione di questo semplice questionario, il Suo giudizio sui nostri servizi ed eventuali suggerimenti per migliorarli. Cercheremo in questo modo di trasformare le Sue attese in migliori prestazioni. La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario sono rigorosamente anonimi*. Se le risultasse difficile compilare autonomamente il questionario, lo stesso può essere compilato da un familiare o da un'altra persona di fiducia. La ringraziamo per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

La Direzione Sanitaria

(*) I dati verranno trattati con cautela osservando le norme di Legge sulla riservatezza e Lei non potrà essere identificata/o in alcun modo.

IL QUESTIONARIO È STAMPATO SU TRE PAGINE, LA PREGHIAMO QUINDI DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE PRESENTI.

Quanto è soddisfatto dei seguenti aspetti? (indicare da 1 a 5)

INSODDISFATTO 1 2 3 4 5 MOLTO SODDISFATTO

Sesso del paziente

- Maschio
 Femmina

Età del paziente

- meno di 30 31-50 51-60
 61-70 71-80 oltre 80

Luogo di provenienza:

- Roma
 Altro, specificare

Il paziente ha usufruito di:

- ricovero prestazione ambulatoriale

In quale Reparto/Ambulatorio?

- Poliambulatorio _____ Diagnostica per immagini Laboratorio Analisi

È la prima volta che si rivolge a questa Struttura?

- Sì No

Per quale motivo ha scelto questa Struttura Sanitaria?

- Consigliata dal medico ASL Consigliata dal medico privato Consigliata dal medico ospedaliero
 Consigliata da amici/familiari Conosco gli operatori e ho fiducia in loro E' vicino a casa
 Tramite sito internet Tramite giornali, riviste, ecc. Tramite social media
 Altro (specificare).....

Periodo di riferimento della Sua esperienza: Mese Anno

ACCESSIBILITÀ AL REPARTO

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Tempo trascorso tra l'arrivo in Accettazione ed il ricovero					
Cortesia degli operatori e completezza delle informazioni in Accettazione					

ASSISTENZA RICEVUTA (disponibilità, cortesia, competenza, capacità d'ascolto)

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Il personale medico					
Il personale infermieristico					

SERVIZIO di LABORATORIO ANALISI

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Tempo di attesa per l'esecuzione del prelievo					
Esecuzione del prelievo					
Informazioni ricevute (modalità prelievo, tempistiche esecuzione analisi particolari, orari ritiro referti)					

CURE - ESAMI

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Informazioni sul suo stato di salute (chiarezza e completezza)					
Informazioni sul trattamento sanitario ricevuto					
Rispetto della riservatezza personale durante le visite mediche					

ASPETTI ALBERGHIERI

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Pulizia dei reparti e dei servizi igienici					
Comfort degli ambienti di degenza					
Quantità e qualità dei pasti					

ESITO DELLA CURA

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Durata della degenza					
Comunicazione delle dimissioni (con anticipo e chiarezza)					
Informazioni su eventuali terapie da seguire autonomamente					

CONTINUITÀ DELLA CURA

Dovrà continuare la cura presso Servizi Sanitari Territoriali? Sì No
 Se risponde SI, era a conoscenza dell'esistenza di tali Servizi? Sì No

GIUDIZIO GENERALE

CONSIGLIEREBBE AD ALTRI DI RECARSI PRESSO QUESTA STRUTTURA?

Sì No Non saprei

SODDISFAZIONE GENERALE

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Servizio, nel complesso:					

Ritiene che il Suo problema di salute sia stato adeguatamente trattato?

Sì No Non saprei

Ha percepito/vissuto eventi e/o situazioni di pericolo No Sì

Se Sì, quali:

EVENTUALI OSSERVAZIONI/SUGGERIMENTI PER MIGLIORARE IL SERVIZIO:

Per esigenze statistiche, la preghiamo di indicarci se:

Il suo ricovero è stato:

- programmato
 urgente

Il questionario è stato compilato:

- dal paziente
 da un familiare
 da un'altra persona

Qualora volesse segnalare un disservizio e/o effettuare un reclamo, al fine di poter essere ricontattato, la invitiamo a compilare l'apposito modulo

*GRAZIE PER LA SUA DISPONIBILITÀ
 IL SUO GIUDIZIO È FONDAMENTALE PER MIGLIORARE IL NOSTRO SERVIZIO*