

Questionario di soddisfazione - utenti

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE – (UTENTI)

La Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus sta conducendo l'indagine periodica per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Sua preziosa opinione potrà aiutarci a migliorare il servizio erogato. La preghiamo, pertanto, di esprimere il Suo parere segnando con una "X" la risposta che ritiene più opportuna.

Le ricordiamo che il questionario è in forma anonima (a Sua libera scelta potrà firmarlo) e che le risposte ottenute saranno trattate nel rispetto delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati personali.

ACCOGLIENZA <i>E' soddisfatto del modo in cui è stato accolto presso la struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cortesia e disponibilità del personale di accoglienza	☐	☐	☐	☐	☐
Completezza delle informazioni ricevute	☐	☐	☐	☐	☐
LA STRUTTURA <i>E' soddisfatto degli ambienti della struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Gradevolezza degli spazi interni (comodità, temperatura, ventilazione, luminosità, arredi ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gradevolezza degli spazi esterni	☐	☐	☐	☐	☐
Facilità di accesso agli ambienti (ascensori, corridoi, illuminazione, segnaletica...)	☐	☐	☐	☐	☐
SERVIZI OFFERTI <i>E' soddisfatto dell'ospitalità e del comfort?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Pulizia e igiene degli ambienti	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio ristorazione (qualità, quantità, varietà, orari dei pasti, possibilità di variazioni in caso di problemi di masticazione, deglutizione e aiuto all'assunzione...)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di assistenza spirituale	☐	☐	☐	☐	☐
Servizi amministrativi (orari di apertura al pubblico ed accessibilità alle informazioni)	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto delle cure a Lei rivolte?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cura dedicata all'igiene personale e rispetto dell'intimità e della privacy	☐	☐	☐	☐	☐
Soddisfazione circa il programma riabilitativo/fisioterapico predisposto	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto della qualità delle prestazioni da parte dei seguenti operatori?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Coordinatore	☐	☐	☐	☐	☐
OTA/OSS	☐	☐	☐	☐	☐
Infermieri	☐	☐	☐	☐	☐
Medici	☐	☐	☐	☐	☐
Fisioterapisti	☐	☐	☐	☐	☐
Assistente Sociale	☐	☐	☐	☐	☐
Psicologo	☐	☐	☐	☐	☐

RELAZIONI CON IL PERSONALE <i>E' soddisfatto del rapporto instaurato con il personale?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Disponibilità, cortesia, umanità	☐	☐	☐	☐	☐
Capacità di ascolto e chiarezza nel fornire informazioni	☐	☐	☐	☐	☐

Ci indichi, se lo desidera, cosa potremmo fare per migliorare la permanenza presso il nostro centro

Grazie per la collaborazione

Questionario di soddisfazione - familiari

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE – (FAMIGLIARI)

La Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus sta conducendo l'indagine periodica per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Sua preziosa opinione potrà aiutarci a migliorare il servizio erogato. La preghiamo, pertanto, di esprimere il Suo parere segnando con una "X" la risposta che ritiene più opportuna.

Le ricordiamo che il questionario è in forma anonima (a Sua libera scelta potrà firmarlo) e che le risposte ottenute saranno trattate nel rispetto delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati personali.

ACCOGLIENZA <i>E' soddisfatto del modo in cui è stato accolto il Suo parente presso la struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cortesia e disponibilità del personale di accoglienza	☐	☐	☐	☐	☐
Completezza delle informazioni ricevute e gestione pratiche amministrative	☐	☐	☐	☐	☐
LA STRUTTURA <i>E' soddisfatto degli ambienti della struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Gradevolezza degli spazi interni (comodità, temperatura, ventilazione, luminosità, arredi ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gradevolezza degli spazi esterni	☐	☐	☐	☐	☐
Facilità di accesso agli ambienti (ascensori, corrimani, illuminazione, segnaletica...)	☐	☐	☐	☐	☐
SERVIZI OFFERTI <i>E' soddisfatto dell'ospitalità e del comfort?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Pulizia e igiene degli ambienti	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio ristorazione (qualità, quantità, varietà, orari dei pasti, possibilità di variazioni in caso di problemi di masticazione, deglutizione e aiuto all'assunzione...)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di assistenza spirituale	☐	☐	☐	☐	☐
Servizi amministrativi (orari di apertura al pubblico ed accessibilità alle informazioni)	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto delle cure rivolte al Suo parente?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cura dedicata all'igiene personale e rispetto dell'intimità e della privacy	☐	☐	☐	☐	☐
Attenzione al controllo e custodia	☐	☐	☐	☐	☐
Coinvolgimento e informazioni ricevute circa il programma riabilitativo/fisioterapico predisposto per il Suo parente	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto della qualità delle prestazioni da parte dei seguenti operatori?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Coordinatore	☐	☐	☐	☐	☐
OTA/OSS	☐	☐	☐	☐	☐
Infermieri	☐	☐	☐	☐	☐
Medici	☐	☐	☐	☐	☐

Fisioterapisti	☐	☐	☐	☐	☐
Assistente Sociale	☐	☐	☐	☐	☐
Psicologo	☐	☐	☐	☐	☐
RELAZIONI CON IL PERSONALE <i>E' soddisfatto del rapporto instaurato con il personale?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Disponibilità, cortesia, umanità	☐	☐	☐	☐	☐
Capacità di ascolto e chiarezza nel fornire informazioni	☐	☐	☐	☐	☐

Ci indichi, se lo desidera, cosa potremmo fare per migliorare la permanenza presso il nostro centro

Grazie per la collaborazione

Questionario di soddisfazione

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

La Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus sta conducendo l'indagine periodica per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Sua preziosa opinione potrà aiutarci a migliorare il servizio erogato. La preghiamo, pertanto, di esprimere il Suo parere segnando con una "X" la risposta che ritiene più opportuna.

Le ricordiamo che il questionario è in forma anonima (a Sua libera scelta potrà firmarlo) e che le risposte ottenute saranno trattate nel rispetto delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati personali.

ACCOGLIENZA <i>E' soddisfatto del modo in cui è stato accolto presso la struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cortesia e disponibilità del personale di accoglienza	☐	☐	☐	☐	☐
Completezza delle informazioni ricevute e gestione pratiche amministrative	☐	☐	☐	☐	☐
LA STRUTTURA <i>E' soddisfatto degli ambienti della struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Gradevolezza degli spazi interni (comodità, temperatura, ventilazione, luminosità, arredi ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Facilità di accesso agli ambienti (ascensori, corridoi, illuminazione, segnaletica...)	☐	☐	☐	☐	☐
Pulizia e igiene degli ambienti	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto delle cure a Lei rivolte?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Visita Fisiatrica	☐	☐	☐	☐	☐
Coinvolgimento nella definizione del programma riabilitativo	☐	☐	☐	☐	☐
Soddisfazione/benefici circa il ciclo di trattamenti impostati	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto della qualità delle prestazioni da parte dei seguenti operatori?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Fisiatra	☐	☐	☐	☐	☐
Fisioterapisti	☐	☐	☐	☐	☐
RELAZIONI CON IL PERSONALE <i>E' soddisfatto del rapporto instaurato con il personale?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Disponibilità, cortesia, umanità	☐	☐	☐	☐	☐
Capacità di ascolto e chiarezza nel fornire informazioni	☐	☐	☐	☐	☐

Ci indichi, se lo desidera, cosa potremmo fare per migliorare il servizio offerto

Grazie per la collaborazione

Questionario di soddisfazione - utenti

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO CICLO DIURNO CONTINUO – (UTENTI)

La Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus sta conducendo l'indagine periodica per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Sua preziosa opinione potrà aiutarci a migliorare il servizio erogato. La preghiamo, pertanto, di esprimere il Suo parere segnando con una "X" la risposta che ritiene più opportuna.

Le ricordiamo che il questionario è in forma anonima (a Sua libera scelta potrà firmarlo) e che le risposte ottenute saranno trattate nel rispetto delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati personali.

ACCOGLIENZA <i>E' soddisfatto del modo in cui è stato accolto presso la struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cortesia e disponibilità del personale di accoglienza	☐	☐	☐	☐	☐
Completezza delle informazioni ricevute e gestione pratiche amministrative	☐	☐	☐	☐	☐
LA STRUTTURA <i>E' soddisfatto degli ambienti della struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Gradevolezza degli spazi interni (comodità, temperatura, ventilazione, luminosità, arredi ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gradevolezza degli spazi esterni (giardino)	☐	☐	☐	☐	☐
Facilità di accesso agli ambienti (ascensori, corrimani, illuminazione, segnaletica...)	☐	☐	☐	☐	☐
SERVIZI OFFERTI <i>E' soddisfatto dell'ospitalità e del comfort?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Pulizia e igiene degli ambienti	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio ristorazione (qualità, quantità, varietà, orari dei pasti, possibilità di variazioni in caso di problemi di masticazione, deglutizione e aiuto all'assunzione...)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio Parrucchiere	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di assistenza spirituale	☐	☐	☐	☐	☐
Servizi amministrativi (orari di apertura al pubblico ed accessibilità alle informazioni)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di trasporto (pulmino attrezzato)	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto delle cure a Lei rivolte?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cura dedicata all'igiene personale	☐	☐	☐	☐	☐
Rispetto dell'intimità e della privacy	☐	☐	☐	☐	☐
Attenzione al controllo ed alla custodia dell'ospite	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto della qualità delle prestazioni da parte dei seguenti operatori?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Educatore Coordinatore	☐	☐	☐	☐	☐
OTA/OSS	☐	☐	☐	☐	☐
Infermieri	☐	☐	☐	☐	☐
Medici	☐	☐	☐	☐	☐
Fisioterapisti/Fisiatra	☐	☐	☐	☐	☐

RELAZIONI CON IL PERSONALE <i>E' soddisfatto del rapporto instaurato con il personale?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Disponibilità, cortesia, umanità	☐	☐	☐	☐	☐
Capacità di ascolto e chiarezza nel fornire informazioni	☐	☐	☐	☐	☐
LA GIORNATA <i>E' soddisfatto dell'organizzazione della giornata?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Coinvolgimento nelle attività proposte dal servizio educativo/animativo	☐	☐	☐	☐	☐
Frequenza e varietà delle attività organizzate	☐	☐	☐	☐	☐
Attività ricreative interne alla struttura (feste, giochi, lettura del giornale)	☐	☐	☐	☐	☐
Attività ricreative esterne alla struttura (gite, uscite, laboratori...)	☐	☐	☐	☐	☐

Ci indichi, se lo desidera, cosa potremmo fare per migliorare la permanenza presso il nostro centro

Grazie per la collaborazione

Questionario di soddisfazione - familiari

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO CICLO DIURNO CONTINUO -

(FAMIGLIARI)

La Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus sta conducendo l'indagine periodica per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Sua preziosa opinione potrà aiutarci a migliorare il servizio erogato. La preghiamo, pertanto, di esprimere il Suo parere segnando con una "X" la risposta che ritiene più opportuna.

Le ricordiamo che il questionario è in forma anonima (a Sua libera scelta potrà firmarlo) e che le risposte ottenute saranno trattate nel rispetto delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati personali.

ACCOGLIENZA <i>E' soddisfatto del modo in cui è stato accolto il Suo Parente presso la struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cortesia e disponibilità del personale di accoglienza	☐	☐	☐	☐	☐
Completezza delle informazioni ricevute e gestione pratiche amministrative	☐	☐	☐	☐	☐
LA STRUTTURA <i>E' soddisfatto degli ambienti della struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Gradevolezza degli spazi interni (comodità, temperatura, ventilazione, luminosità, arredi ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gradevolezza degli spazi esterni (giardino)	☐	☐	☐	☐	☐
Facilità di accesso agli ambienti (ascensori, corrimani, illuminazione, segnaletica...)	☐	☐	☐	☐	☐
SERVIZI OFFERTI <i>E' soddisfatto dell'ospitalità e del comfort?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Pulizia e igiene degli ambienti	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio ristorazione (qualità, quantità, varietà, orari dei pasti, possibilità di variazioni in caso di problemi di masticazione, deglutizione e aiuto all'assunzione...)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio Parrucchiere	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di assistenza spirituale	☐	☐	☐	☐	☐
Servizi amministrativi (orari di apertura al pubblico ed accessibilità alle informazioni)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di trasporto (pulmino attrezzato)	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto delle cure rivolte al Suo parente?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cura dedicata all'igiene personale	☐	☐	☐	☐	☐
Rispetto dell'intimità e della privacy	☐	☐	☐	☐	☐
Attenzione al controllo ed alla custodia dell'ospite	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto della qualità delle prestazioni da parte dei seguenti operatori?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Educatore Coordinatore	☐	☐	☐	☐	☐
OTA/OSS	☐	☐	☐	☐	☐
Infermieri	☐	☐	☐	☐	☐
Medici	☐	☐	☐	☐	☐
Fisioterapisti/Fisiatra	☐	☐	☐	☐	☐

RELAZIONI CON IL PERSONALE <i>E' soddisfatto del rapporto instaurato con il personale?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Disponibilità, cortesia, umanità	☐	☐	☐	☐	☐
Capacità di ascolto e chiarezza nel fornire informazioni	☐	☐	☐	☐	☐
LA GIORNATA <i>E' soddisfatto dell'organizzazione della giornata?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Coinvolgimento nelle attività proposte dal servizio educativo/animativo	☐	☐	☐	☐	☐
Frequenza e varietà delle attività organizzate	☐	☐	☐	☐	☐
Attività ricreative interne alla struttura (feste, giochi, lettura del giornale ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Attività ricreative esterne alla struttura (gite, uscite, laboratori...)	☐	☐	☐	☐	☐

Ci indichi, se lo desidera, cosa potremmo fare per migliorare la permanenza presso il nostro centro

Grazie per la collaborazione

Modulo reclami



FONDAZIONE
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazionesospiro.it - Mail: fondazione@fondazionesospiro.it

(MOD 06 01/4)

MODULO PER SEGNALAZIONE / SUGGERIMENTO O RECLAMO

☐ Segnalazione/Suggerimento

☐ Reclamo

Unità Abitativa/Operativa

Ospite/Residente (cognome e nome) _____

Familiare (nome, cognome, grado di parentela) _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Mail _____

Nominativo dell'operatore di Fondazione (in caso di reclamo/segnalazione/Suggerimento verbali): _____

Reclamo del dipendente

Nome e cognome _____

Oggetto del reclamo/segnalazione/suggerimento

Data

Firma (del reclamante o di chi ha ricevuto il reclamo)

Consegna del modulo compilato al Responsabile Unità abitativa/operativa

Data di ricevimento

Firma del Responsabile di Funzione che riceve il reclamo

