Questionario della qualità

Gentile Utente, siamo interessati a conoscere la Sua opinione sulla nostra Struttura, sul personale che vi opera e sui servizi offerti. Le Sue indicazioni ci saranno molto utili per capire i problemi esistenti e individuare le soluzioni più opportune per migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi. Il questionario che Le chiediamo di compilare è assolutamente anonimo. Una volta compilata questa scheda, la preghiamo di riconsegnarla negli appositi raccoglitori.

Sede in cui si usufruisce delle prestazioni:
□ Civitanova Marche □ Morrovalle □ Monte San giusto □ Proprio domicilio

Questionario compilato da: □ utente □ familiare/ parente

□ maschio □ femmina età: _____

Grado di istruzione □ elementare □ media □ diploma □ laurea

Prestazioni

Valutazioni	□ Certificazioni DSA	□ Valutazione multidisciplinare età evolutiva	□ Visite specialistiche		
Trattamenti riabilitativi	**in convenzione**			**a pagamento**	
	□ ambulatoriali	□ domiciliari	□ extra-murali (scuola)	□ ambulatoriali	□ domiciliari

E' la prima volta che si rivolge a questo Centro Ambulatoriale?	□ si
	□ no, mi sono già rivolto in passato a questo Centro per patologie / esigenze diverse da quella attuale
	□ no, effettuo cicli di terapia periodici per la medesima patologia da (indicare quanto tempo) _____

La scelta di questo Centro Ambulatoriale è stata per Lei:	□ condizionata dalla vicinanza con la mia abitazione
	□ obbligata, in quanto in questa zona non esistono altre strutture analoghe
	□ libera, basata sul prestigio di cui gode questa struttura
	□ consigliata dal medico di famiglia / dal medico specialista
	□ consiglio del medico ospedaliero
	□ consigliata da amico/conoscente
	□ altro

Qual è il suo giudizio relativamente ai seguenti aspetti?

1: Insoddisfacente **2:** Soddisfacente **3:** Ottimo

Attività riabilitativa (compilare solo se effettuata)	**1**	**2**	**3**
Cortesia e disponibilità da parte del personale della Riabilitazione	□	□	□
Disponibilità al dialogo ed a fornire spiegazioni circa gli interventi da effettuare	□	□	□
Rispetto del tempo relativo alla durata della seduta riabilitativa	□	□	□
Competenza dell'operatore nell'effettuazione dei trattamenti	□	□	□

Accuratezza delle visite	**1**	**2**	**3**
Disponibilità dei Medici, Psicologi e altre figure a fornire spiegazioni sulla patologia e sul programma terapeutico	□	□	□

Attività sanitarie (compilare solo se sono state effettuate visite mediche / specialistiche o si sono avuti contatti con il personale medico)	**1**	**2**	**3**
Cortesia e disponibilità dei Medici, Psicologi e altre figure	□	□	□

Ambiente e strutture	**1**	**2**	**3**
Pulizia ed igiene (sale terapia, sale attesa, servizi igienici, ambulatori, etc.)	□	□	□

Accettazione	**1**	**2**	**3**
Cortesia e disponibilità del personale di segreteria	□	□	□
Facilità a reperire informazioni	□	□	□
Completezza delle informazioni ricevute	□	□	□

	1	**2**	**3**
Complessivamente, qual è il Suo giudizio sul nostro Centro Ambulatoriale?	□	□	□

Consiglierebbe ad un amico/conoscente che ne avesse bisogno questa struttura? **si** □ **no** □

Suggerimenti

_____

_____

Data compilazione _____