

Data di compilazione:

Centro Medico Fisiosport è impegnato nella continua valutazione della presa in carico dell'Utente, per tale motivo è interessata a conoscere e a misurare la qualità da Lei percepita sui servizi resi.

Le chiediamo cortesemente di rispondere alle seguenti domande e di riconsegnarci il presente questionario compilato. Grazie

Genere: Maschio ☐ Femmina ☐ Compilatore: Utente ☐ Parente ☐

QUANTO E' SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

Dia un voto: 1 (insufficiente) 2 (sufficiente) 3 (buono) 4 (ottimo)

1 2 3 4

A) LA PRIMA VOLTA CHE HA AVUTO CONTATTO CON IL CENTRO

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A1) Le informazioni riguardo le modalità di accesso alla struttura sono state chiare | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| A2) La segnaletica (cartelli ed indicazioni stradali) per accedere alla struttura Le sono sembrate chiare | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

B) NEL CORSO DELLA SUA PERMANENZA AL CENTRO

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| B1) Come valuta la disponibilità, assistenza e gentilezza del personale sanitario (medico, infermiere, fisioterapista, ...) con cui ha avuto contatto e la chiarezza delle risposte ricevute | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| B2) Come valuta la disponibilità, assistenza e gentilezza del personale amministrativo con cui ha avuto contatto (ufficio accettazione, segreteria amministrativa, ..) e la chiarezza delle risposte ricevute | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| B3) Come valuta le informazioni sulla condivisione del suo percorso di cura e nello specifico sulle proprie condizioni di salute e sul proprio trattamento, ricevute dal personale sanitario | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| B4) Come valuta il rispetto della riservatezza sul suo stato di salute nei colloqui con il personale sanitario | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| B5) Come valuta la concordanza delle informazioni ricevute da operatori sanitari differenti | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

C) RIGUARDO ALLA STRUTTURA DEL CENTRO

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C1) Come valuta la temperatura e luminosità degli ambienti | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| C2) Come valuta l'igiene e pulizia degli ambienti | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| C3) Come valuta la possibilità di movimentazione all'interno della struttura (ascensori, scivoli per carrozzine, ecc.) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

D) VALUTAZIONE COMPLESSIVA

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| D1) Complessivamente quanto è soddisfatto per il servizio ricevuto durante la sua permanenza presso il Centro | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| D2) Raccomanderebbe il Centro ad amici e parenti per i trattamenti previsti | SI | ☐ | NO | ☐ |