

Gentile Signore/ra,

Le chiediamo di esprimere cortesemente il suo parere in merito all'assistenza ricevuta. Ogni suo suggerimento o consiglio è per noi di grande aiuto per migliorare la qualità dei servizi erogati. Ogni suo apprezzamento ci da un riscontro del quotidiano impegno svolto allo scopo di fornire un servizio sempre più di qualità .

La compilazione è semplice e veloce, è sufficiente barrare la casella corrispondente alla valutazione ritenuta più confacente.

Legenda : **3** = abbastanza soddisfatto , ottimo
2= soddisfatto cosi' cosi' , discreto
1= per nulla soddisfatto , sufficiente
0= non saprei , insufficiente

1) Quanto si ritiene soddisfatto delle informazioni ricevute da chi svolge presso il suo domicilio le prestazioni erogate mediante il voucher socio-sanitario?

- Per nulla soddisfatto
- Soddisfatto cosi' cosi'
- Abbastanza soddisfatto
- Non saprei

2) Quanto si ritiene soddisfatto in merito ai tempi di attivazione del servizio, dal primo contatto telefonico alla prima visita domiciliare ?

- Per nulla soddisfatto
- Soddisfatto cosi' cosi'
- Abbastanza soddisfatto
- Non saprei

3) Dopo aver contattato telefonicamente la Cooperativa , la prima visita domiciliare e' avvenuta:

- Nella stessa giornata/dopo qualche ora dal contatto telefonico
- Dopo 1 giorno
- Dopo 2 giorni
- Dopo 4 giorni
- Non saprei

4) Quanto si ritiene soddisfatto in merito alle spiegazioni ricevute dall'operatore sul piano di cura?

- Per nulla soddisfatto
- Soddisfatto cosi' cosi'
- Abbastanza soddisfatto
- Non saprei

5) Come valuta la frequenza delle visite domiciliari degli operatori sanitari rispetto il suo bisogno ?

- Per nulla soddisfatto
- Soddisfatto cosi' cosi'
- Abbastanza soddisfatto
- Non saprei

6) Ha avuto qualche difficolta' a contattare telefonicamente il servizio di coordinamento?

- Si
- No
- Qualche volta

7) Ogni qualvolta ha contattato telefonicamente la Cooperativa ha ricevuto risposta ?

Si

No

8) E' soddisfatto , in generale dell'organizzazione del servizio che Le e' stato offerto a domicilio (orari, turnazione del personale ecc...)

Per nulla soddisfatto

Soddisfatto cosi' cosi'

Abbastanza soddisfatto

Non saprei

9) E' soddisfatto del rapporto che si e' creato con il professionista che si e' maggiormente occupato di Lei?

Per nulla soddisfatto

Soddisfatto cosi' cosi'

Abbastanza soddisfatto

Non saprei

10) Quali professionisti sono intervenuti a casa sua ?

Infermiere professionale

Terapista della riabilitazione

Medico specialista

Operatore socio-sanitario

11) In caso di eventuali assenze e cambio dell' operatore di riferimento, l' assistenza è sempre stata garantita secondo la pianificazione ?

Si

No

12) Ha sempre identificato il personale mediante cartellino di riconoscimento ?

Si

No

13) Dal punto di vista pratico l' infermiere ha soddisfatto le sue esigenze?

Per nulla soddisfatto

Soddisfatto così così

Abbastanza soddisfatto

Non saprei

14) Dal punto di vista pratico il terapeuta della riabilitazione ha soddisfatto le sue esigenze?

Per nulla soddisfatto

Soddisfatto così così

Abbastanza soddisfatto

Non saprei

15) Dal punto di vista pratico il medico specialista ha soddisfatto le sue esigenze? (compilare solo nel caso in cui il Medico di base abbia richiesto una visita specialistica)

Per nulla soddisfatto

Soddisfatto così così

Abbastanza soddisfatto

Non saprei

16) Dal punto di vista pratico l'operatore socio-sanitario ha soddisfatto le sue esigenze?

Per nulla soddisfatto

Soddisfatto così così

Abbastanza soddisfatto

Non saprei

17) Come valuta la capacità del servizio di rispondere ai problemi più importanti che si sono presentati durante il periodo di assistenza?

Insufficiente

Sufficiente

Discreta

Ottima

Non saprei

18) Eventuali apprezzamenti sulla qualità del servizio erogato:

19) Eventuali suggerimenti e osservazioni:

La ringraziamo per la preziosa collaborazione.