

“NOVA SALUS”	QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE	M-SOD02 Rev. 2 del 20/01/2021
---------------------	---	--

Gentile Paziente,
il suo ricovero presso la NOVA SALUS è stato effettuato al piano _____

presso: **MEDICINA RIABILITATIVA** **CENTRO DI RIABILITAZIONE**

Facciamo del nostro meglio per rendere la Sua permanenza il più possibile confortevole.
 Le chiediamo cortesemente di compilare il seguente questionario poiché i suggerimenti che vorrà fornirci, ci saranno preziosi, in quanto ci permetteranno di migliorare i servizi che prestiamo ai nostri pazienti. Dopo aver compilato il presente questionario, La preghiamo di consegnarlo, in busta chiusa (può chiederla presso l’Amministrazione stessa) – all’Accettazione.

Grazie per la collaborazione.

Esprima un giudizio sui seguenti argomenti, apponendo una croce nella casella corrispondente alla definizione che ritiene più appropriata:

ARGOMENTO	ottimo	buono	suffic.	scarso
Accoglienza/accettazione al momento del ricovero				
Comportamento del personale paramedico (infermieri/OSS/ausiliari)				
Comportamento del personale medico				
Comportamento dei Fisioterapisti				
Qualità dell’assistenza medica				
Comunicazione con i medici				
Rispetto della privacy				
Confort alberghiero/Servizi				
Funzionalità della stanza di degenza				
Igiene e pulizia degli ambienti				
Varietà/Qualità del vitto				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				

Perché ha scelto questa struttura? (barrare anche più di una risposta)

- Personale più gentile/più professionale
- Personale medico qualificato: in particolare il Dott. _____
- Migliore confort alberghiero (es. sistemazione in camera)
- Possibilità di ricevere visite durante tutta la giornata
- Vitto
- Pulizie e Igiene
- Per essermi trovato già bene in precedenza
- Per essere stato consigliato da _____
- Per caso
- Altro _____

Siete soddisfatti di avere scelto questa struttura?

SI

PARZIALMENTE

NO

"NOVA SALUS"	QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE	M-SOD02 Rev. 2 del 20/01/2021
--------------	---	--

La scegliereste nuovamente in caso di ricovero?

SI

NON SO

NO

Volete esprimere critiche o apprezzamenti particolari?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Volete esprimere suggerimenti per migliorare il servizio?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER INDAGINI DI CUSTOMER SATISFACTION

Gentile Signore/a,

La informiamo che la nostra struttura è solita somministrare a tutti gli utenti un questionario di gradimento dei servizi il cui contenuto non ha ad oggetto aspetti clinici correlati alle cure mediche, e pertanto non richiede esplicito consenso.

Infatti, si è scelto di utilizzare un questionario che garantisce l'anonimato, per il quale il trattamento delle informazioni raccolte non ricade nell'applicazione della normativa in materia di protezione dei dati personali e, di conseguenza, delle linee guida in materia emanate dal Garante della Privacy.

In ogni caso, il conferimento dei dati richiesti dal questionario è facoltativo ed un eventuale rifiuto di fornirli non avrà conseguenze negative sulla possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie.

La raccolta delle informazioni tramite il questionario è finalizzata esclusivamente ad elaborazioni statistiche, effettuate anche con strumenti elettronici, da parte di questa struttura sanitaria per valutare la qualità dei servizi e/o delle prestazioni sanitarie offerte.