

Questionario area SOLVENZA

Data compilazione _____ (gg/mm/aaaa) Specialità _____

D01 Il suo ricovero è avvenuto		
<input type="checkbox"/> d'urgenza	<input type="checkbox"/> programmato	<input type="checkbox"/> è un ricovero in Day Hospital

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI ? (dia un voto da 1 a 7)

	NON SODDISFATTO			SODDISFATTO		
	1	2	3	5	6	7
D02 Tempi d'attesa per ottenere il ricovero (tempo trascorso dalla richiesta del ricovero all'ingresso in ospedale)	1	2	3	5	6	7
D03 a. Accoglienza (gentilezza, disponibilità, capacità linguistica) da parte del personale infermieristico	1	2	3	5	6	7
D03 b. Informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto da parte del personale infermieristico	1	2	3	5	6	7
D04 a. Aspetti strutturali						
o Confort, dimensioni ed accessibilità della stanza	1	2	3	5	6	7
o Silenziosità della stanza	1	2	3	5	6	7
o Regolazione della temperatura interna della stanza	1	2	3	5	6	7
o Funzionalità dei servizi (wi-fi, tv, ecc.) della stanza	1	2	3	5	6	7
D04 b. Aspetti alberghieri						
o Qualità del vitto e dei prodotti offerti	1	2	3	5	6	7
o Quantità del vitto	1	2	3	5	6	7
o Varietà dei piatti offerti	1	2	3	5	6	7
o Pulizie servizi igienici/camere di degenza	1	2	3	5	6	7
o Pulizie parti comuni	1	2	3	5	6	7
o Qualità della biancheria	1	2	3	5	6	7
o Pulizia della biancheria	1	2	3	5	6	7
D05 Assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)	1	2	3	5	6	7
D06 Assistenza del personale medico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)	1	2	3	5	6	7
D07 Assistenza complessiva delle cure a Lei prestate	1	2	3	5	6	7
D08 Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate dal personale medico	1	2	3	5	6	7
D09 Rispetto della privacy e della riservatezza	1	2	3	5	6	7
D10 Valutazione dell'ospedale nel suo insieme	1	2	3	5	6	7
D11 Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissioni (riguardo a: uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo)	1	2	3	5	6	7
D12 COMPLESSIVAMENTE QUANTO È SODDISFATTO DELLA SUA ESPERIENZA DI RICOVERO?	1	2	3	5	6	7
D13 CONSIGLIEREBBE AD ALTRI QUESTO OSPEDALE?	1	2	3	5	6	7

A14 Sesso	
<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina

A15 Età

A16 Scolarità			
<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Scuola obbligo	<input type="checkbox"/> Scuola Superiore	<input type="checkbox"/> Laurea

A17 Nazionalità		
<input type="checkbox"/> Italiana	<input type="checkbox"/> Europea	<input type="checkbox"/> Extra - europea