Sistema Gestione Qualità	QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE	Cod.: **QDS** Rev.: **0** del **02-11-09**

Gentile utente,

L'attenzione al paziente rappresenta, per la nostra Struttura, un valore ma anche una utile fonte informativa attraverso cui individuare azioni finalizzate al miglioramento dei servizi.

In funzione di ciò, saremmo graditi di conoscere le Sue impressioni, pertanto, Le chiediamo di dedicare alcuni minuti del suo tempo per la compilazione del presente questionario.

Per ciascuna delle domande poste, barrare la relativa casella corrispondente alla vostra valutazione (1- Insufficente; 2- Sufficiente; 3 - Buono; 4- Ottimo).

In quale struttura della SADEL ha chiesto il ricovero/le prestazioni sanitarie?		**Come è venuto/a a conoscenza dell'esistenza delle strutture della SADEL?**	
RSA		Su segnalazione del medico di base	
Presidio di riabilitazione extraospedaliero		Amici/Parenti	
Centro di riabilitazione		Notorietà della struttura	
Centro Diagnostico		Altro	

Domanda	**Risposte**			
	Insufficiente	**Sufficiente**	**Buono**	**Ottimo**
E' stato adeguatamente informato sui servizi offerti dalla clinica?	☐	☐	☐	☐
Tempi di attesa come sono stati?	☐	☐	☐	☐
Il personale amministrativo si è dimostrato cortese e disponibile?	☐	☐	☐	☐
Il personale medico ed il personale operante in che misura si è mostrato disponibile a dare informazioni sullo stato di salute dei propri cari e sulle terapie fornite?	☐	☐	☐	☐
Lo staff Medico e l'assistenza sanitaria come le sembrano?	☐	☐	☐	☐
Come le è sembrata la pulizia dei locali?	☐	☐	☐	☐
Come le è sembrata la struttura?	☐	☐	☐	☐
Come le sono sembrate le procedure di Accettazione/Dimissione?	☐	☐	☐	☐

La ringraziamo per la cortese collaborazione nella compilazione del presente questionario. La preghiamo di inserirlo nell'apposita cassetta collocata nella hall.

Nome e Cognome (facoltativo) ..... **Data** .....

Suggerimenti	