

	MODULO 13 QUESTIONARIO DI GRADIMENTO C-DOM	Rev.	Pagina
		01	1

Gentile Signora/e,

desideriamo migliorare la qualità del servizio nel quale Lei è inserita/o. Per raggiungere questo obiettivo la Sua collaborazione è fondamentale. Le chiediamo di dedicare pochi minuti del Suo tempo per compilare il questionario di soddisfazione. La preghiamo di compilare il questionario da sola/o o con l'aiuto di un Suo familiare/Caregiver e di restituirlo in busta chiusa al personale di ALLUNEED che lo ha recapitato.

La ringraziamo sin d'ora per la Sua preziosa collaborazione. L'occasione ci è gradita per porgerLe distinti saluti.

Data _____

1. Sesso ☐ maschio ☐ femmina
2. Età _____
3. Grado di istruzione ☐ nessuna ☐ scuola dell'obbligo ☐ scuola superiore ☐ laurea
4. Professione ☐ pensionato/a ☐ studente/ssa ☐ disoccupato/a
☐ operaio/a ☐ impiegato/a ☐ libera professione
☐ altro _____
5. Chi ha proposto/suggerito le Cure Domiciliari?
☐ Il medico di base/di famiglia ☐ Un medico-specialista / l'ospedale ☐ Il Distretto Sociosanitario
☐ L'assistente sociale del Comune ☐ Altro
6. Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto/a dell'assistenza ricevuta?
☐ Per nulla ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto
7. A suo parere i diversi operatori erano informati reciprocamente della sua situazione?
☐ Si ☐ Abbastanza ☐ No
8. Dal punto di vista della professionalità, gentilezza, disponibilità, puntualità come valuta il comportamento del personale sanitario?
☐ Buono ☐ Sufficiente ☐ Superficiale
9. Quanto ritiene che le informazioni ricevute sul programma di cura siano state chiare e complete?
☐ Molto ☐ Abbastanza ☐ Poco
10. Ritiene di essere stato adeguatamente coinvolto nella definizione del programma di cura?
☐ Molto ☐ Abbastanza ☐ Poco
11. Nel complesso come valuta il suo attuale stato di salute? definizione del programma di cura?
☐ Buono ☐ Così così ☐ Male
12. In qualità di caregiver ritiene che, a seguito dell'assistenza ricevuta dal proprio familiare, lei abbia beneficiato di un alleviamento del carico assistenziale?
☐ Molto ☐ Abbastanza ☐ Poco
13. In qualità di caregiver ritiene che il personale sanitario l'abbia adeguatamente formata per la gestione in autonomia del proprio familiare?
☐ Molto ☐ Abbastanza ☐ Poco

Sede operativa - Via Amedeo Modigliani, 45, Segrate (MI) da lunedì a venerdì: 9.00 - 13.00/14.00-17.00

Tel. 02 81284010 - mail: info@alluneedcare.it sito: www.alluneedcare.it

C.F. /P.IVA 05362380288

Eventuali osservazioni e suggerimenti:
