

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL CLIENTE RESIDENZE

Gentili **Ospiti delle Residenze della Fondazione Chiossone** di Genova (www.chiossone.it) e gentili Parenti e Tutori, vi chiediamo di dedicare qualche minuto a compilare il presente questionario relativo al gradimento dei servizi erogati. Qualora ci fosse incertezza nel rispondere ad una domanda, barrare la risposta che corrisponde di più alla propria opinione: spesso si tratterà della risposta che è venuta in mente per prima. E' possibile lasciare vuota la casella del nominativo, se si desidera compilarlo in forma anonima. Da restituire, compilato, alla Struttura o nella sede di Corso Armellini 11, Genova, o tramite email a qualitymanager@chiossone.it

RSA ARMELLINI GIOSTRA RSA MONTE PRIMA FASCIA CAPRIFOGLIO

RISPOSTE FORNITE DA:

OSPITE (OPZIONALE NOMINATIVO:)

PARENTE/TUTORE (OPZIONALE NOMINATIVO:)

DATA:

VALUTAZIONE

DOMANDE

può non rispondere alle domande N.1 e N.2 se sta con noi da oltre un anno

Insuf-
ficiente

Sufficiente

Buono

Ottimo

- | | Insuf-
ficiente | Sufficiente | Buono | Ottimo |
|---|---|---|---|---|
| 1) Come si è sentito supportato nel suo ingresso in struttura? ad esempio informazioni, assistenza per lo svolgimento delle pratiche e delle procedure di ingresso. |  |  |  |  |
| 2) Il giorno del Suo arrivo nella Residenza, in che modo si è sentito accolto? |  |  |  |  |
| 3) Come valuta la relazione e il rapporto umano con il personale della Residenza? |  |  |  |  |
| 4) Ritieni che il servizio e l'atteggiamento del personale rispettino la Sua individualità e rispondano alle Sue specifiche necessità? |  |  |  |  |
| 5) Come valuta il servizio di assistenza e cura della Sua persona? |  |  |  |  |
| 6) Come valuta la tutela della Sua riservatezza? |  |  |  |  |
| 7) Come valuta l'organizzazione della giornata e le attività proposte? |  |  |  |  |
| 8) Come valuta la qualità dei pasti? |  |  |  |  |
| 9) Come giudica la pulizia degli ambienti? |  |  |  |  |
| 10) Come valuta l'organizzazione di iniziative adottate per garantirle un adeguato contatto con i suoi amici e parenti? |  |  |  |  |

 C'è qualcosa che avrebbe voluto sentirsi chiedere?
Ha qualche commento da aggiungere?

.....

.....

.....

.....



QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL CLIENTE CENTRI RIABILITAZIONE E CENTRO DIURNO

Gentilissimi, compilando questo breve questionario ci aiuterete a comprendere meglio le vostre esigenze e a migliorare i servizi dei Centri di Riabilitazione e del Centro Diurno della Fondazione Chiossone di Genova (www.chiossone.it). Per info riabilitazione@chiossone.it [COD MOD 01RIABREVO]

DATA COMPILAZIONE:

[] Centro riabilitazione adulti [] Centro Riabil. 0-18 anni [] Centro "Gli Alberi" [] Centro diurno "La giostra"

RISPOSTE FORNITE DA: [] UTENTE [] PARENTE/TUTORE
(OPZIONALE IL SUO NOME:)

DOMANDE	VALUTAZIONE			
	Insoddisfacent	Sufficiente	Buono	Molto soddisfacente
1) Come considera le informazioni ricevute per accedere ai servizi?				
2) Come giudica la cortesia degli operatori e del personale?				
3) Come giudica la puntualità degli operatori?				
4) Come giudica le informazioni ricevute in materia assistenziale, previdenziale e protesica? (ad esempio invalidità, Legge104, ausili prescrivibili, ecc.)				
5) Come giudica il rispetto della Privacy?				
6) Come giudica la chiarezza e delle informazioni ricevute sul Suo progetto riabilitativo?				
7) Come giudica il risultato delle attività/dell'intervento riabilitativo ricevuto?				
8) Come giudica in generale le attività e la qualità dei servizi offerti dal Centro?				
9) Come valuta gli orari di apertura del Centro?				
10) Come giudica pulizia e comfort degli ambienti?				
11) Come valuta la qualità del cibo? (risponda solo se ha frequentato e pranzato al Centro Diurno)				
12) Come si considera, rispetto ai tempi di attesa per accedere al Centro?				

(Opzionale) Da uno a dieci, quanto consiglierebbe ad altre persone di usufruire dei servizi del Centro?

(Opzionale) Ha qualche commento?:

.....
.....

