

CASA DELL'ANTICO OSPITALE
DELLE SUORE DI S. MARCELLINA
"MONS. L. BIRAGHI"
VIA VIDEMARI, 2-20063 CERNUSCO S/N. (MI)
Tel. 02/929036 – Fax. 02/9249647
C.F. 03501990158

QUESTIONARIO PER I FAMILIARI - OSPITI

SEGNALAZIONE DISFUNZIONI - SUGGERIMENTI - RECLAMI

La invitiamo a segnalarci le Sue osservazioni relative all'assistenza prestata, inoltre se ha rilevato disfunzioni nei servizi, se ha avuto problemi con il personale sia religioso che laico, se ha note positive da segnalare o quant'altro. Le Sue considerazioni verranno prese in esame al fine di migliorare la qualità dei nostri servizi offerti alla persona.

Dopo la compilazione, vorrà depositare il questionario, debitamente piegato e in busta chiusa, nel rispetto della privacy, entro fine mese in Amministrazione o in portineria; si ringrazia anticipatamente per la cortese collaborazione e attenzione prestata.

Piano di degenza Ospite

Come giudica i seguenti aspetti della degenza: Ottimo Buono Sufficiente Inadeguato

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ● Accoglienza amministrativa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Assistenza infermieristica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Assistenza fisioterapica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Assistenza ausiliaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Assistenza medica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Informazioni ricevute dai Medici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Disponibilità dei Medici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Animazione e intrattenimento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Atmosfera del reparto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Relazioni umane nel reparto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Pulizia del reparto in generale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Pulizia dei servizi igienici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Ambiente e comfort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Orario dei pasti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Qualità e quantità dei pasti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Orario visite parenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Rapporto qualità/prezzo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Giudizio globale della degenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commenti in dettaglio: Operatori coinvolti

Medici Infermieri Ausiliari Terapisti Animatrici Amministrativi Atri

Aspetti negativi e oggetto della segnalazione _____

Aspetti da migliorare _____

Aspetti positivi _____

Definisca con un aggettivo questo Istituto _____