Gentile Signora o Signore,
Le chiediamo di voler gentilmente compilare questo questionario, composto da alcune domande riguardanti i Servizi offerti presso la nostra struttura, e di riconsegnare questa scheda, apponendo una sola crocetta per ogni domanda.
La compilazione di questo questionario è facoltativa, nel caso in qui decidesse di compilarlo le chiediamo di firmarlo mantenendo comunque il diritto alla massima riservatezza da parte nostra.
La compilazione di questo questionario ci è utile per migliorare il nostro lavoro e la qualità dei servizi offerti, inoltre le saremo grati se segnalerà nella parte finale gli aspetti positivi e negativi della permanenza nella nostra Residenza.
Con i migliori saluti.

La Direzione.
Compilato a cura di : ospite familiare (specificare identità……..) garante.

DOMANDE RELATIVE ALL' ACCOGLIENZA E INFORMAZIONE:

1. Nei giorni precedenti l'ingresso nella nostra residenza, le informazioni che ha ricevuto sono state:
   insufficienti sufficienti buone

2. Le informazioni da lei richieste relative alla Residenza al momento del suo ingresso sono state:
   insufficienti sufficienti buone

3. Il grado di cortesia al momento dell' accoglienza in residenza da parte del personale lo ha ritenuto:

   insufficiente sufficiente buono

4. Il grado di disponibilità da parte del personale al momento dell' ingresso per la sistemazione dei suoi effetti personali lo ha ritenuto:

   Insufficiente sufficiente buono

DOMANDE RELATIVE ALL' ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO ASSISTENZIALE

5. Gli orari attualmente stabiliti riguardati le attività quotidiane (orario dei pasti, orari attività ricreative e fisioterapiche) come sono da lei ritenuti?

   insufficienti sufficienti buoni
6. Le attività ricreative/occupazionali organizzate quotidianamente all' interno della residenza come le ritiene?

   Insufficienti sufficienti buone
7. Le attività fisioterapiche di gruppo o individuali organizzate anch'esse quotidianamente come le ritiene?

   Insufficienti sufficienti buone
8. Come ritiene l'intervento del personale nella comprensione e risoluzione quotidiana delle problematiche da lei fin ora poste?

   Insufficiente sufficiente buono

9. Le informazioni sanitarie da parte del medico responsabile di questa struttura, come le ritiene?
   Insufficienti sufficienti buone

10. Come ritiene il numero di visite effettuate dal suo medico di medicina generale?
    Insufficienti sufficienti buone

11. Ha mai richiesto una consulenza per un sostegno psicologico all' interno di questa struttura (quindi con la nostra psicologa)?
    Si no
    Se si, come lo ritiene?
    Insufficiente sufficiente buono

Domande relative al confort alberghiero

12. Come ritiene il confort della sua camera?
    Insufficiente sufficiente buono

13. Come ritiene invece il confort degli spazi comuni? (sala occupazionale, giardino, palestra, sala tv, sala polivalente)

    Insufficiente sufficiente buono

14. Come giudica il livello di pulizia della sua camera?

    Insufficiente sufficiente buono

15. Come giudica il livello di pulizia degli spazi comuni? (sala tv, sala da pranzo, giardino, palestra, sala polivalente)

    Insufficiente sufficiente buono

16. Come giudica la frequenza con la quale viene sostituita la biancheria della sua camera da letto?

    Insufficiente sufficiente buona

17. Come giudica la frequenza con la quale viene sostituita la biancheria nella sala da pranzo?

    Insufficiente sufficiente buona

18. Come ritiene la qualità (menù, variazioni del menù, cottura, sapore) dei pasti?
    Insufficiente sufficiente buona

19. Come ritiene il servizio del personale offerto durante i pasti?

    Insufficiente sufficiente buona

20. In che modo rispondono alle sue esigenze gli orari dei pasti?

    Insufficiente sufficiente buona

GRADO DI SODDISFAZIONE GENERALE

In generale, il grado di soddisfazione rispetto :

- **Alla struttura è:** insufficiente sufficiente buono
- **Al personale è:** insufficiente sufficiente buono
- **All' organizzazione delle attività quotidiane**: insufficiente sufficiente buono

Osservazioni e proposte di miglioramento:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Data:____ /____ / ____ ***firma ospite o familiare ……..***