



QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

M 808
Ed.3 DEL 01/10/2018

FONDAZIONE CASA RIPOSO S. GIUSEPPE ONLUS

PAG. 1 DI 1

(FACOLTATIVO) Cognome _____ Nome _____ Data _____



PARENTE

OSPITE

RECEPTION	OTTIMO(4) BUONO(3) SUFFICIENTE(2) SCARSO (1)
- Accoglienza	
- Informazioni	
- Cortesia del personale	
ATTIVITA' INFERMIERISTICA	
- Disponibilità degli operatori infermieri	
- Qualità del servizio infermieristico	
ATTIVITA' FISIOTERAPICHE	
- Disponibilità dei fisioterapisti	
- Qualità dell'attività del fisioterapista	
ATTIVITA' MEDICHE	
- Disponibilità al colloquio con degenti e parenti	
- Qualità del servizio medico	-
ANIMAZIONE	
- Soddisfazione dell'attività di animazione	
ATTIVITA' O.S.S. (OPERATORE SOCIO SANITARIO)	
- Disponibilità degli O.S.S.	
- Qualità del servizio degli O.S.S.	
ASPETTI ALBERGHIERI	
- Qualità del vitto	
- Quantità del vitto	
- Qualità delle pulizie della struttura	
- Qualità servizio lavanderia	
ASPETTO COMPLESSIVO	
- Giudizio globale	

OSSERVAZIONI / SUGGERIMENTI / RECLAMI

In caso di giudizio **SCARSO** o **SUFFICIENTE** indicare cortesemente i motivi dell'insoddisfazione:

La sua opinione conta molto per noi!

La Fondazione casa di riposo S.Giuseppe utilizza la Sua valutazione per monitorare la qualità dell'assistenza fornita.