

	QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL CLIENTE	M 808 ED.3 DEL 01/10/2018 REV 1 DEL 01/04/2026
	FONDAZIONE SAN GIUSEPPE ETS	PAG. 1 DI 1

(FACOLTATIVO) Cognome _____ Nome _____ Data _____

PARENTE ☐

OSPITE ☐



	OTTIMO(4)	BUONO(3)	SUFFICIENTE(2)	SCARSO (1)
RECEPTION				
- 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 San Giuseppe utilizza la Sua valutazione per monitorare la qualità dell'assistenza fornita.