


PRESIDIO DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE AMBULATORIALE - Ladispoli

Gentile paziente/caregiver,

crediamo fortemente nella soddisfazione dei nostri clienti. Per fornire sempre servizi e prodotti di alto livello qualitativo ed al fine di migliorare le nostre attività, gradiremmo avere la Vostra opinione su alcuni aspetti dei nostri prodotti e servizi. Vi chiediamo di dedicare alcuni minuti alla compilazione del seguente questionario, esprimendo, per ognuna delle domande, il Vostro giudizio sulla **soddisfazione** della prestazione da noi fornita e da ogni operatore con il quale avete avuto a che fare. Vi suggeriamo, altresì, di essere quanto più **sinceri** possibile perché dalle Vostre risposte dipende la qualità del nostro servizio.

1. **Figura professionale che si vuole valutare**

 Dropdown

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ PERSONALE AMMINISTRATIVO
- ☐ SEGRETARIATO SOCIALE
- ☐ OSS (Operatore Socio-Sanitario)

2. **1. Cordialità e disponibilità**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatto

3. 2. Competenza professionale

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatto

4. **3. Capacità di mantenere in ogni situazione un atteggiamento di rispetto ed educativo nei confronti dell'utente e/o dei propri familiari, di persona e/o telefonicamente**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatto

5. 4. Capacità di ascolto ed orientamento verso l'utente

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatto

6. **5. Attenzione a trovare soluzioni alle problematiche eventualmente esposte (riabilitative e/o organizzative)**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatto

7. **6. Capacità di fornire informazioni complete ed esaustive per il proprio ambito di competenza**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatto

8. **7. Capacità di rispondere alle richieste ricevute in tempi brevi**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatto

9. **8. Utilizzo di un linguaggio chiaro, accessibile e con esempi**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatto

10. **9. Rispetto della sua esigenza di riservatezza personale**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatto

11. **10. Capacità di affrontare e gestire situazioni di ansia, di preoccupazione, di paura vissute dal paziente o dal familiare del paziente**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatto

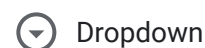
12. 11. Capacità di affrontare e gestire situazioni di emergenza

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatto

13. Figura professionale che si vuole valutare



Contrassegna solo un ovale.

- ☐ DIREZIONE SANITARIA
- ☐ NEUROPSICHIATRA INFANTILE
- ☐ PEDAGOGISTA
- ☐ EDUCATORE PROFESSIONALE
- ☐ PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA
- ☐ LOGOPEDISTA
- ☐ FISIOTERAPISTA
- ☐ NEUROPSICOMOTRICISTA
- ☐ TERAPISTA OCCUPAZIONALE

14. **1. Cordialità e disponibilità**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatta

15. **2. Capacità di ascolto ed attenzione a trovare soluzioni alle problematiche eventualmente esposte (riabilitative e/o organizzative)**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatta

16. **3. Rispetto dell'orario d'appuntamento/della durata della presa in carico giornaliera**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatta

17. **4. Completezza delle informazioni ricevute sull'andamento del trattamento e degli obiettivi a medio e lungo termine**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatta

18. **5. Chiarimento dei presupposti del trattamento e degli obiettivi a breve, medio e lungo termine**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatta

19. **6. Utilizzo di un linguaggio chiaro, accessibile e con esempi**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatta

20. **7. Suggerimenti e consigli per eventuale lavoro da effettuare a casa**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatta

21. **8. Rispetto della sua esigenza di riservatezza personale**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatta

22. **9. Continuità del trattamento (asiduità della presenza dell'operatore)**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatta

23. **10. Capacità di affrontare e gestire situazioni di ansia, di preoccupazione, di paura vissute dal paziente o dal familiare del paziente**

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5

Inso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Molto soddisfatta

24. **11. Efficacia del trattamento**

Contrassegna solo un ovale.

1

2

3

4

5

Inso

☐

☐

☐

☐

☐

Molto soddisfatta

25. **Note e Osservazioni**

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli