



QUESTIONARIO AMBULATORI

POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO

Gentile Signora/Signore,

Il Suo contributo è molto importante per poter migliorare i nostri servizi e rispondere sempre al meglio alle esigenze dei pazienti. Le chiediamo qualche minuto del Suo tempo per la compilazione del seguente questionario (in forma anonima) barrando con una **X** la casella che meglio esprime il Suo giudizio.

La scala di valutazione va da 1 a 5: **1 = per niente soddisfatto; 5 = molto soddisfatto**

Usare una penna di colore nero o blu.

Grazie per la Sua collaborazione.

Data / /

Unità Operativa

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Infermieristico | <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Neurologia |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Speciale | <input type="checkbox"/> Diag. Per immagini/Radiologia | <input type="checkbox"/> Odontoiatria |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | <input type="checkbox"/> Ematologia | <input type="checkbox"/> Oftalmologia |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia/Diabetologia | <input type="checkbox"/> Oncologia |
| <input type="checkbox"/> Centro Prelievi | <input type="checkbox"/> Endoscopia Digestiva | <input type="checkbox"/> Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Centro Trasfusionale | <input type="checkbox"/> Epatologia | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia a degenza breve | <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Bariatrica | <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Riabilitazione/Fisiatria |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia dell'arto sup. e inf. | <input type="checkbox"/> Ginecologia | <input type="checkbox"/> Senologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Immunoreumatologia | <input type="checkbox"/> Terapia del dolore |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Geriatrica | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Chir. Plastica Ricostr. ed Estetica | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Centro Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica | <input type="checkbox"/> Nefrologia | |

- | | | | | |
|-------------|------------------------------------|---|--|---|
| Regime | <input type="checkbox"/> S.S.N. | <input type="checkbox"/> My-Hospital | <input type="checkbox"/> Intramoenia | <input type="checkbox"/> Assicurato |
| Sesso | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | | |
| Età | <input type="checkbox"/> 18-30 | <input type="checkbox"/> 31-50 | <input type="checkbox"/> 51-70 | <input type="checkbox"/> Oltre 70 |
| Professione | <input type="checkbox"/> Impiegato | <input type="checkbox"/> Disoccupato | <input type="checkbox"/> Libero Professionista | <input type="checkbox"/> Altro/Pensionato |
| Scolarità | <input type="checkbox"/> Laurea | <input type="checkbox"/> Scuola Superiore | <input type="checkbox"/> Scuola dell'obbligo | <input type="checkbox"/> Altri titoli |
| Residenza | <input type="checkbox"/> Lazio | <input type="checkbox"/> Nord Italia | <input type="checkbox"/> Centro Italia | <input type="checkbox"/> Sud Italia |
| | <input type="checkbox"/> Estero | | | |

È il suo primo accesso presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico? Sì No

Come è venuto a conoscenza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Su segnalazione di un conoscente/parente | <input type="checkbox"/> Su consiglio del medico curante |
| <input type="checkbox"/> Attraverso mezzi d'informazione (giornali, TV, radio) | <input type="checkbox"/> Su www.policlinicocampusbiomedico.it |
| <input type="checkbox"/> A seguito di trasferimento da un'altra struttura | <input type="checkbox"/> Altro |



Per esprimere il suo livello di gradimento attribuisca un valore da 1 a 5 ad ogni risposta:

1 - per niente soddisfatto 2 - poco soddisfatto 3 - abbastanza soddisfatto 4 - soddisfatto 5 - molto soddisfatto

Per niente
1 2 3 4 5
Molto

Nel complesso quanto è soddisfatto della sua esperienza al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

Per favore esprima una sua valutazione per ogni aspetto

Per niente
1 2 3 4 5
Molto

1. Accoglienza e Organizzazione

(valutazione generale)

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1.1 Facilità nel contattare la struttura per prenotare una visita

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1.2 Tempi di attesa e disbrigo pratiche in accettazione

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1.3 Cortesia e disponibilità degli operatori all'accettazione

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1.4 Tempo di attesa tra la prenotazione e la visita

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Assistenza Medica

(valutazione generale)

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.1 Professionalità e accuratezza durante la visita

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.2 Tempo e attenzione dedicati durante la visita

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.3 Chiarezza e tempestività nel fornire informazioni sulle cure e sullo stato di salute

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.4 Tutela della riservatezza e della privacy durante la visita

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Assistenza Infermieristica e altro personale sanitario (valutazione generale)

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.1 Attenzione del personale infermieristico/tecnico nel rispondere alle richieste

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.2 Presenza e disponibilità del personale infermieristico/tecnico

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.3 Professionalità e competenza mostrate durante le procedure

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.4 Accuratezza delle informazioni ricevute

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.5 Tutela della riservatezza e della privacy durante le procedure

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Ambienti e struttura

(valutazione generale)

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4.1 Comfort, funzionalità e cura degli ambienti comuni e servizi igienici

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4.2 Igiene e pulizia dell'ambulatorio

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Altre informazioni

5.1 Quanto è soddisfatto della professionalità e disponibilità dei medici specializzandi?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Assolutamente no

Assolutamente si

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Consiglierebbe questo ospedale ad altri?

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------