

La preghiamo di esprimere un giudizio sugli aspetti che seguono

Barrare semplicemente la casella corrispondente al giudizio ritenuto più confacente









ACCESSO/ACCOGLIENZA

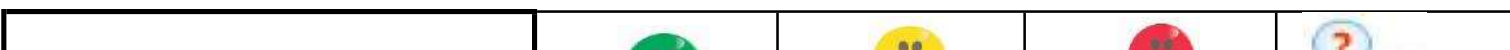
E' STATO INFORMATO SULL'ORGANIZZAZIONE DEL CENTRO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
AL MOMENTO DELL'INGRESSO LE SONO STATI INDICATI I VARI OPERATORI ED IN PARTICOLARE LA FIGURA A CUI RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITA'?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA AVUTO MODO DI VISIONARE LA CARTA DEI SERVIZI CONSEGNATALE?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
LE INFORMAZIONI RICEVUTE DA PARTE DEL PERSONALE AMMINISTRIVO LE SONO RISULTATE CHIARE E COMPLETE?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>





OSPITALITA' E COMFORT

COME VALUTA:	 SODDISFACENTE	 ACCETTABILE	 NON SODDISFACENTE	 NON SO
- SALA DA PRANZO/SALE COMUNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PULIZIA E IGIENE DEGLI AMBIENTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- SERVIZIO RISTORAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- SERVIZIO DI TRASPORTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALITA' DELL'ASSISTENZA

COME VALUTA L'APPROCCIO ALL'UTENTE DELLE SEGUENTI FIGURE PROFESSIONALI?	 SODDISFACENTE	 ACCETTABILE	 NON SODDISFACENTE	 NON SO
- MEDICI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- INFERMIERI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PERSONALE ASSISTENZIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- FISIOTERAPISTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- EDUCATORI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COME VALUTA LA DISPONIBILITA' A DARE INFORMAZIONI DEL PERSONALE:	 SODDISFACENTE	 ACCETTABILE	 NON SODDISFACENTE	 NON SO
- INFERMIERISTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ASSISTENZIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



COME VALUTA LA CAPACITA' DI ASCOLTO E CORTESIA DI:	 SODDISFACENTE	 ACCETTABILE	 NON SODDISFACENTE	 NON SO
- MEDICI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- INFERMIERI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PERSONALE ASSISTENZIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROVA LE CURE IGIENICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E' A CONOSCENZA DELLE ATTIVITA' RICREATIVE ORGANIZZATE NEL CENTRO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
QUESTE ATTIVITA' RISPONDONO AI SUOI INTERESSI?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

In caso di risposta negativa La preghiamo di esprimere i suoi interessi:

VALUTAZIONI CONCLUSIVE

	 SODDISFACENTE	 ACCETTABILE	 NON SODDISFACENTE	 NON SO
RITIENE CHE LA PRIVACY IN GENERALE VENGA RISPETTATA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RITIENE CHE IL CENTRO OFFRA CALORE ED ACCOGLIENZA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSIGLIEREBBE IL CENTRO AD UN SUO CONOSCENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPAZIO PER EVENTUALI OSSERVAZIONI:

Ci indichi, se lo desidera, cosa potremmo fare per migliorare la permanenza dell'Utente presso il nostro Centro:

INFORMAZIONI COMPILATORE:

UTENTE IN AUTONOMIA <input type="checkbox"/>	FAMILIARE O CONOSCENTE <input type="checkbox"/>	UTENTE CON AIUTO DI FAMILIARE O CONOSCENTE <input type="checkbox"/>
---	--	--

La ringraziamo per la collaborazione.