

4 – Personale medico/riabilitativo



Come valuta la professionalità del personale medico?

	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
Competenza				
Attenzione posta ai bisogni e ai problemi riferiti				
Rispetto della privacy				
Puntualità				

Come valuta la professionalità del personale riabilitativo?

	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
Competenza				
Attenzione posta ai bisogni e ai problemi riferiti				
Rispetto della privacy				
Puntualità				

5 – Servizi offerti

Come valuta la qualità dei servizi offerti?

	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
Spazi di attesa				
Ristorazione				
Servizio di Catering (per il Semiresidenziale)				
Attività ricreative collaterali (per il Semiresidenziale)				

Ora se ritiene, può lasciarci le sue osservazioni

Questionario di Gradimento



Gentile Utente,

siamo interessati a conoscere la sua opinione sul servizio che ha ricevuto. Mediante le sue indicazioni sarà possibile migliorare la qualità delle prestazioni erogate. Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario che è completamente anonimo, sia in fase di raccolta, che nelle fasi di trattamento ed elaborazioni dati.

La ringraziamo anticipatamente per la collaborazione, i giudizi e i suggerimenti che vorrà esprimere.

La Direzione



C.O.E.S. ONLUS

Sostienici con il

5 X 1000

CF 04462491004

1 - Informazioni generali

Chi compila il questionario è:

L'Utente stesso Genitore / rappresentante legale

L'Utente è:

<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	
<input type="checkbox"/> di nazionalità italiana	<input type="checkbox"/> di nazionalità straniera	
<input type="checkbox"/> residente nel comune di Roma	<input type="checkbox"/> residente nel territorio regione Lazio	<input type="checkbox"/> residente fuori regione Lazio
Età: _____		

L'Utente è seguito presso il servizio:

Semiresidenziale Ambulatorio Domiciliare
 Saish

E' la prima volta che si rivolge al COES?

SI NO

(Se No da quanto tempo è seguito dal COES?)

meno di 1 anno da 1 a 3 anni più di 3 anni

Per quale motivo ha scelto il COES Onlus:

è stato consigliato dal medico di base
 è stato consigliato da amici/famigliari
 è un Centro di riferimento per la mia patologia / per la patologia dell'Utente da me rappresentato
 conosco gli operatori e ho fiducia in loro
 è vicino casa
 altro (specificare) _____

2 – Accessibilità/accoglienza

Come valuta l'accesso alla struttura?

(segnaletica di accesso esterna e interna alla struttura, punto informazioni, parcheggio)

Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
--------	-------------	-------	--------

Come valuta l'accoglienza del Servizio?

	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
Cortesìa e professionalità del personale di contatto e amministrativo				
Ascolto e disponibilità del personale medico/riabilitativo				

Come valuta i tempi di attivazione del progetto riabilitativo?

Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
--------	-------------	-------	--------

3 – Ambienti

Come valuta le condizioni degli ambienti della struttura?
(per il servizio Semiresidenziale e Ambulatorio)

	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
Facilità di accesso ai disabili				
Pulizia e igiene				
Adeguatezza e comfort				
Tranquillità e riservatezza				
Temperatura				