



*Avrò cura di te*

**FONDAZIONE I.R.FALCK ONLUS  
CENTRO SERVIZI SOCIO-SANITARI-ASSISTENZIALI  
VOBARNO - BS**

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE QUALITA' DEL SERVIZIO**

Lei è:       Utente       Familiare/ care giver

Data				
		INIZIALI PAZIENTE		
		COMUNE		
		TIPO VOUCHER		Durata voucher

A) E' SODDISFATTO DEL SERVIZIO RICEVUTO?

- PER NULLA SODDISFATTO
- POCO SODDISFATTO
- ABBASTANZA SODDISFATTO
- MOLTO SODDISFATTO
- ALTRO

B) IL PERSONALE E' STATO PROFESSIONALE?

- PER NULLA PROFESSIONALE
- POCO PROFESSIONALE
- ABBASTANZA PROFESSIONALE
- PROFESSIONALE
- NON MI ESPRIMO

C) IL PERSONALE E' STATO ALL'ALTEZZA DELLE SUE ASPETTATIVE?

- PER NULLA
- POCO
- ABBASTANZA
- MOLTO
- NON MI ESPRIMO

D) IL PERSONALE E' STATO DI SUPPORTO ALLA FAMIGLIA/CAREGIVER?

- PER NULLA
- POCO
- ABBASTANZA



*Avrò cura di te*

**FONDAZIONE I.R.FALCK ONLUS  
CENTRO SERVIZI SOCIO-SANITARI-ASSISTENZIALI  
VOBARNO - BS**

- MOLTO
- NON MI ESPRIMO

E) IL PERSONALE HA ATTENUATO IL CARICO DELL'ASSISTENZA ALLA FAMIGLIA/CAREGIVER CON IL SERVIZIO?

- PER NULLA
- POCO
- ABBASTANZA
- MOLTO
- NON MI ESPRIMO

F) IL SERVIZIO LE E' STATO ESPOSTO DA:

- MEDICO DI MEDICO DI GENERALE
- OPERATORE DELLA FONDAZIONE
- CONOSCENTI
- ALTRO

G) LE INFORMAZIONI RICEVUTE SULL'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO SONO STATE:

- NON SODDISFACENTI
- POCO SODDISFACENTI
- ABBASTANZA SODDISFACENTI
- MOLTO SODDISFACENTI
- NON MI ESPRIMO

**F. esponga, se lo desidera, le Sue osservazioni e i Suoi suggerimenti:**

---

---

---

---

---

---

---



*Avrò cura di te*

**FONDAZIONE I.R.FALCK ONLUS  
CENTRO SERVIZI SOCIO-SANITARI-ASSISTENZIALI  
VOBARNO - BS**

**H. cosa ha apprezzato maggiormente?**

---

---

---

---

**I. quali cose considera negative?**

---

---

---

Firma del paziente o di un familiare	
--------------------------------------	--

Osservazioni a cura dell'operatore

<i>L'intervento ha prodotto effetti positivi visibili</i>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>Il rapporto con il paziente è stato positivo</i>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Firma dell'operatore	
----------------------	--