



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

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE QUALITA' DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI AI SENSI DGR 6867 del 2022

Il Consiglio di Amministrazione di codesto Ente, desidera tramite il questionario verificare il grado di soddisfazione dei parenti e degli ospiti accolti in Fondazione rispetto all'organizzazione della struttura.

L'analisi delle risposte alle domande ci permetterà di attivare nuove procedure per migliorare la qualità dei servizi delle nostre unità d'offerta.

Il questionario potrà essere consegnato in FORMA ANONIMA o FIRMATA:

-alla Care Manager o al personale incaricato

-inviato per posta al seguente indirizzo: Fondazione I.R.Falck Onlus via I.R.Falck n.5, 25079 Vobarno (BS)

-a mezzo mail a urp@fondazionefalck.it o recapitato personalmente in Ufficio Segreteria.

Per eventuali ulteriori informazioni è possibile contattare gli uffici amministrativi dell'ente dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.00 esclusivamente per le cure domiciliari.

E' gradita l'occasione per porgere cordiali saluti e ringraziare per la collaborazione.

Il Presidente

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
- 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:

H. cosa ha apprezzato maggiormente?

I. quali cose considera negative?

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

Osservazioni a cura dell'operatore

L'intervento ha prodotto effetti positivi visibili

SI

NO

Il rapporto con il paziente è stato positivo

SI

NO

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