

## Informazioni Generali

Indichi la Sua età e sesso: età \_\_\_\_\_ sesso F M

Indichi la Sua nazionalità:  Italiana  
 Europea  
 Extraeuropea

Indichi la Sua scolarità:  Nessuna  
 Scuola dell'obbligo  
 Scuola superiore  
 Laurea

Come ha prenotato?:  Telefonicamente  
 Recandomi in struttura  
 Altro

In quale regime di trattamento sono inserite le prestazioni che riceve?  SSN (ticket)  
 Solvente (privato)

Qual è la frequenza settimanale dei Suoi trattamenti?  Tutti i giorni dal lunedì al venerdì  
 Alcuni giorni alla settimana  
 Alcune volte al mese

Ha già usufruito in passato del Servizio di Fisioterapia presso la Nostra Fondazione?

SI

NO

DATA DELLA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

Gentile Signora/Signore

La preghiamo di rispondere con attenzione alle seguenti domande relative all'ambiente, le prestazioni ed i servizi che sta attualmente ricevendo presso il nostro istituto esprimendo anche il Suo grado di soddisfazione al riguardo.

Per rispondere alle domande è sufficiente apporre una crocetta sulla risposta che si ritiene più adeguata.

Per facilitare l'espressione più sincera delle Sue valutazioni il questionario non va firmato.

**Esso potrà essere depositato anonimo nell'apposito contenitore situato presso l'ingresso della Fondazione.**

La ringraziamo sin d'ora per la collaborazione e l'aiuto che ci vorrà dare



**Fondazione E. Germani - ONLUS**

Via Pieve Gurata n° 11 - 26042 - Cingia Dè Botti - CR

Tel.: 0375-960211

Fax: 0375-96481

E-mail: [riabilitazione@fondazionegermani.it](mailto:riabilitazione@fondazionegermani.it)

Fondazione E. Germani - ONLUS

Servizio di Fisioterapia



## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Centralino Tel.: 0375960211—Reparto tel. 03759602282 ◀

**COME GIUDICA IL GRADO DI SODDISFAZIONE O  
INSODDISFAZIONE DEI SEGUENTI ASPETTI?**

SODDISFAZIONE			INSODDISFAZIONE	
Eccellente	Buona	Sufficiente	Insufficiente	Moito Scarsa



**1) Prenotazione**

(Orario di apertura, attesa al telefono o allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

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

**2) Servizio di accettazione amministrativa e pagamento prestazioni**

(Orario di apertura, attesa al telefono o allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

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

**3) Accessibilità, comfort e pulizia ambienti**

(sala d'attesa, box, palestra)

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

**4) Rispetto degli orari**

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

**5) Orario di apertura del servizio di Fisioterapia**

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

**6) Rispetto della riservatezza personale**

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

**7) Qualità delle prestazioni fisioterapiche ricevute**

(accuratezza, chiarezza delle informazioni)

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

**OSSERVAZIONI**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**COME VALUTA COMPLESSIVAMENTE L'ESPERIENZA DI  
RICOVERO E CURA RIGUARDO I SEGUENTI ASPETTI?**

**8) Cure a Lei prestate**

Eccellente	Buona	Sufficiente	Insufficiente	Moito Scarsa
------------	-------	-------------	---------------	--------------

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

**9) Soddiscamento delle aspettative che Lei aveva prima dell'esecuzione delle prestazioni fisioterapiche**

Eccellente	Buona	Sufficiente	Insufficiente	Moito Scarsa
------------	-------	-------------	---------------	--------------

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

**10) Quali sono gli aspetti che ha gradito maggiormente?**

(possibili 3 scelte)

- Organizzazione ed efficienza
- Informazioni e comunicazioni
- Attenzione al paziente
- Riservatezza e privacy
- Professionalità
- Qualità delle cure ricevute
- Comfort

**11) Quali sono gli aspetti che ha gradito meno?**

(possibili 3 scelte)

- Organizzazione ed efficienza
- Informazioni e comunicazioni
- Attenzione al paziente
- Riservatezza e privacy
- Professionalità
- Qualità delle cure ricevute
- Comfort