



QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Ricovero eseguito presso:

RIABILITAZIONE, RICOVERO ORDINARIO <input type="checkbox"/>	RIABILITAZIONE, DAY HOSPITAL <input type="checkbox"/>	LUNGODEGENZA MEDICA <input type="checkbox"/>
RSA MANTENIMENTO <input type="checkbox"/>	RSA INTENSIVA (NARI, R1) <input type="checkbox"/>	

INDICARE CON UNA "X" LE VOCI
PER LE QUALI È POSSIBILE
ESPRIMERE UN GIUDIZIO

Per un servizio migliore gradiremmo un Suo parere in merito ai seguenti aspetti:

- | | |
|---|--|
| 1. ORIENTAMENTO E ACCOGLIENZA IN REPARTO | |
| 2. INFORMAZIONI E MODALITÀ DI COMUNICAZIONE DELLE STESSE (CHIAREZZA, PUNTUALITÀ, SENSIBILITÀ) RICEVUTE DAI MEDICI SUL PERCORSO ASSISTENZIALE | |
| 3. INFORMAZIONI RICEVUTE AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE | |
| 4. CORTESIA E DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DELLA CASA DI CURA – RSA | |
| 5. PROFESSIONALITÀ E CORTESIA DEL PERSONALE MEDICO | |
| 6. PROFESSIONALITÀ E CORTESIA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO | |
| 7. PROFESSIONALITÀ E CORTESIA DEL PERSONALE SOCIO SANITARIO (OSS) E AUSILIARIO | |
| 8. PROFESSIONALITÀ E CORTESIA DEL PERSONALE TECNICO DELLA RIABILITAZIONE (FISIOTERAPISTI, TERAPISTI OCCUPAZIONALI, LOGOPEDISTA, EDUCATRICI PROFESSIONALI) | |
| 9. EFFICIENZA DEI SERVIZI (CENTRALINO, RADIOLOGIA, ASSISTENTE SOCIALE, SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA, SERVIZIO DI DIETOLOGIA, SERVIZIO DI PSICOLOGIA) | |
| 10. ORGANIZZAZIONE E IGIENE DELLA CAMERA DI DEGENZA, DEL BAGNO E DEGLI AMBIENTI IN GENERE DEL REPARTO/NUCLEO, DEL DAY HOSPITAL, DELLA PALESTRA | |
| 11. COMFORT DELLA CAMERA DI DEGENZA (ARREDO, CLIMATIZZAZIONE, SERVIZI, TRANQUILLITÀ, RISERVATEZZA) O DEI LOCALI DEL DAY HOSPITAL | |
| 12. QUALITÀ E QUANTITÀ DEL VITTO (ECCEP TO DAY HOSPITAL) | |
| 13. RISPETTO E TUTELA DELLA PRIVACY | |
| 14. FLESSIBILITÀ E CORTESIA VERSO I FAMILIARI IN VISITA (ECCEP TO DAY HOSPITAL) | |
| 15. SODDISFAZIONE COMPLESSIVA DELL'EPISODIO DI RICOVERO | |

Modello CDC_MOD_qdg DS/rm rev. 03 24.05.2018





QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

OSSERVAZIONI, SUGGERIMENTI, PROPOSTE MIGLIORATIVE, ELOGI, RECLAMI

Multiple horizontal lines for writing observations, suggestions, proposals, compliments, and complaints.

(Dati facoltativi)

Nome e cognome professione

..... recapito telefonico

..... indirizzo e-mail

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE n. 679/2016

In osservanza del Regolamento Europeo n. 679/2016, Codice in materia di protezione dei dati personali, l'utente fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali per le seguenti finalità: elaborare le informazioni per migliorare gli standard qualitativi dei servizi offerti dalla Casa di Cura, anche attraverso la redazione periodica di specifici report, in ottemperanza al DCA n. 469/2017 (Accreditamento istituzionale). I dati sono organizzati in archivi cartacei e in banche dati elettroniche; il trattamento degli stessi avviene mediante l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto delle misure minime di sicurezza ritenute adeguate in forza dei principi del GDPR (art.32). In ogni momento, è possibile esercitare i diritti previsti dagli articoli 15-21 del Regolamento UE n. 679/2016. Il titolare del trattamento è il rappresentante legale pro tempore della Casa di Cura (e-mail: info@ancellefrancescanebuonpastore.it); il responsabile della protezione dei dati (DPO) è la Dr.ssa Daniela Votano (e-mail: dpo.ancelle@gmail.com). Periodo di conservazione del materiale: due anni.

Acconsento

Non acconsento



**INSERIRE IL MODULO COMPILATO
NELLA CASSETTA COLLOCATA
ALL'INGRESSO (CENTRALINO)
DELLA CASA DI CURA (EDIFICIO A)**

Roma, Firma

Modello CDC_MOD_qdg DS/rm rev. 03 24.05.2018