

CUSTOMER SATISFACTION INTERNA:

Quali sono gli operatori che intervengono al Suo domicilio?

INFERMIERE	FISIOTERAPISTA	ASA/OSS
------------	----------------	---------

1) Si ritiene soddisfatto/a della puntualità degli operatori?

1 molto soddisfatto	2abbastanza soddisfatto	3 indifferente	4 poco soddisfatto	5 del tutto insoddisfatto
------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------

2) E' soddisfatto/a dell'avviso telefonico se spostano le date degli interventi?

1 molto soddisfatto	2abbastanza soddisfatto	3 indifferente	4 poco soddisfatto	5 del tutto insoddisfatto
------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------

3) E' soddisfatto/a della completezza delle informazioni che riceve dai nostri operatori?

1 molto soddisfatto	2abbastanza soddisfatto	3 indifferente	4 poco soddisfatto	5 del tutto insoddisfatto
------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------

4) E' soddisfatto/a del comportamento gentile e rispettoso della persona?

1 molto soddisfatto	2abbastanza soddisfatto	3 indifferente	4 poco soddisfatto	5 del tutto insoddisfatto
------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------

5) E' soddisfatto/a della relazione con il paziente/familiare?

1 molto soddisfatto	2abbastanza soddisfatto	3 indifferente	4 poco soddisfatto	5 del tutto insoddisfatto
------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------

6) L'Utente va visto a360°. Lei quanto si ritiene soddisfatta di quanto il/gli operatori adottino questa visione ?:

1 molto soddisfatto	2abbastanza soddisfatto	3 indifferente	4 poco soddisfatto	5 del tutto insoddisfatto
------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------

7) E' soddisfatto/a del tempo di assistenza che dedicano al paziente,?

1 molto soddisfatto	2abbastanza soddisfatto	3 indifferente	4 poco soddisfatto	5 del tutto insoddisfatto
------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------

8) E' soddisfatto/a di quanto Il/gli operatore/i dell'assistenza curano l'aspetto igienico? lavaggio mani, utilizzo di presidi di protezione individuale?

1 molto soddisfatto	2abbastanza soddisfatto	3 indifferente	4 poco soddisfatto	5 del tutto insoddisfatto
------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------

9) E' soddisfatta della professionalità espressa dai nostri operatori ?

1 molto soddisfatto	2abbastanza soddisfatto	3 indifferente	4 poco soddisfatto	5 del tutto insoddisfatto
------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------

10) Lei ritiene che il materiale sanitario sia utilizzato in modo corretto ?

1 molto soddisfatto	2abbastanza soddisfatto	3 indifferente	4 poco soddisfatto	5 del tutto insoddisfatto
------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------

11) Nel complesso come si considera soddisfatto/a della qualità dei nostri servizi?

1 molto soddisfatto	2abbastanza soddisfatto	3 indifferente	4 poco soddisfatto	5 del tutto insoddisfatto
------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------

Commenti/suggerimenti: