

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO BONGIONI-LAMBERTENGGI ONLUS





QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE OSPITI





La preghiamo di esprimere un giudizio sugli aspetti che seguono

Barrare semplicemente la casella corrispondente al giudizio ritenuto più confacente

LA GIORNATA IN STRUTTURA				
	soddisfacente	accettabile	non soddisfacente	non so non ho elementi per rispondere
Orario di alzata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scelta del proprio abbigliamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prima colazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività di animazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cibi serviti a pranzo e cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orari di riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'ASSISTENZA E LE CURE				
	soddisfacente	accettabile	non soddisfacente	non so non ho elementi per rispondere
Assistenza dei medici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza degli infermieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza dei fisioterapisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza del personale ausiliario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I RAPPORTI CON IL PERSONALE				
	soddisfacente	accettabile	non soddisfacente	non so non ho elementi per rispondere
Gentilezza e disponibilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di ascolto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO BONGIONI-LAMBERTENGI ONLUS

LA RESIDENZA				
	soddisfacente	accettabile	non soddisfacente	non so non ho elementi per rispondere
La sua stanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il nucleo dove vive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli ambienti comuni (soggiorni, sale animazione,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VALUTAZIONI CONCLUSIVE				
	SI	ABBASTANZA	NO	non so non ho elementi per rispondere
Si trova bene presso la nostra Residenza ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intorno a Lei sente calore e accoglienza ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consiglierebbe la Residenza ad un suo amico o conoscente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ci indichi, se lo desidera, cosa potremmo fare per migliorare la sua permanenza presso la nostra Residenza:

.....

.....

.....

.....

La ringraziamo per la collaborazione