

## 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***