

# Questionario sulla qualità

I Suoi dati personali (inclusi nome, cognome ed indirizzo di posta elettronica) saranno trattati da Assistenza 2000 esclusivamente a scopo conoscitivo e statistico, ossia per rilevare in forma aggregata le preferenze dei nostri clienti. E' esclusa ogni altra forma di trattamento. In particolare, i Suoi dati personali non saranno oggetto di cessione, pubblicazione o divulgazione, né saranno impiegati per rivolgerLe offerte commerciali od inviarLe materiale pubblicitario.

\*Campo obbligatorio



## 1. Chi compila il questionario? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- L'assistito
- L'assistito con l'aiuto del familiare
- Il familiare

## 2. Specificare familiare

*Contrassegna solo un ovale.*

- Coniuge
- Figlio
- Nipote
- Altro

## I PROFESSIONISTI/OPERATORI DELLA COOPERATIVA CHE L'ASSISTONO:

---

## 3. Di solito si presentano come dipendenti della Cooperativa Assistenza 2000? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No
- Non ricordo

**4. Espongono un cartellino di riconoscimento e indossano una divisa da lavoro che li identifica? \***

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì, solo la prima volta
- Sì, sempre
- No, mai
- Non so, non ricordo

**5. Si informano dello stato di salute (dell'assistito), chiedendo ad esempio "come si sente"? \***

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì, sempre
- Non sempre, qualche volta
- No, mai

**6. Prima dell'intervento indossano i guanti? \***

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì, sempre
- Non sempre, qualche volta
- No, mai

**7. Le spiegano cosa fare in loro assenza (ad esempio esercizi, norme igienico-sanitarie, ecc.)? \***

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì, tutte le volte che vengono
- Sì, fino a quando non abbiamo imparato l'ha fatto, ora non più
- No, non l'ha mai fatto
- No, ma non era necessario

**8. Ascoltano quello che avete da dire (dubbi, richieste, ecc.)? \***

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì, sempre
- Non sempre, qualche volta
- No, mai
- Non ho mai nulla da dire

## **CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO**

---

Allo scopo di migliorare il nostro servizio e di evidenziare eventuali carenze nell'assistenza prestata, La preghiamo di compilare il seguente questionario barrando con una X il valore scelto, indicando, se possibile, eventuali suggerimenti e segnalando anomalie riscontrate

9. \*

*Contrassegna solo un ovale per riga.*

	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
Puntualità del servizio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortesia degli operatori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilità degli operatori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualità complessiva del servizio erogato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corretto utilizzo del materiale ASUR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corretta compilazione dei documenti richiesti (diario clinico, valutazione iniziale, ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 10. Problemi nell'erogazione del servizio

.....

.....

.....

.....

.....

#### 11. Suggerimenti: se ha indicazioni su come migliorare il servizio le indichi pure, ne terremo conto nella nostra attività futura

.....

.....

.....

.....

.....

#### 12. La sua e-mail \*

.....

## Informativa sul trattamento dei dati personali

---

Prima di procedere, consulti l'informativa sul trattamento dei dati personali cliccando su questo link:  
<http://www.assistenza2000.it/informativa-cs.php>

13. \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

Confermo di aver letto l'informativa relativa ai dati personali inseriti in questo modulo e acconsento al loro trattamento secondo le finalità indicate nella stessa

