



# QUESTIONARIO AMBULATORI

## POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO

Gentile Signora/Signore,

Il Suo contributo è molto importante per poter migliorare i nostri servizi e rispondere sempre al meglio alle esigenze dei pazienti. Le chiediamo qualche minuto del Suo tempo per la compilazione del seguente questionario (in forma anonima) barrando con una **X** la casella che meglio esprime il Suo giudizio.

La scala di valutazione va da 1 a 5: **1 = per niente soddisfatto; 5 = molto soddisfatto**

Usare una penna di colore nero o blu.

Grazie per la Sua collaborazione.

Data    /    /   

### Unità Operativa

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Infermieristico     | <input type="checkbox"/> Diag. per immagini/Radiologia | <input type="checkbox"/> Neurologia               |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Speciale            | <input type="checkbox"/> Ematologia                    | <input type="checkbox"/> Oculistica               |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia                 | <input type="checkbox"/> Endocrinologia/Diabetologia   | <input type="checkbox"/> Oncologia                |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia                     | <input type="checkbox"/> Endoscopia Digestiva          | <input type="checkbox"/> Ortopedia                |
| <input type="checkbox"/> Centro Prelievi                 | <input type="checkbox"/> Epatologia                    | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria     |
| <input type="checkbox"/> Centro Trasfusionale            | <input type="checkbox"/> Gastroenterologia             | <input type="checkbox"/> Radioterapia             |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia a degenza breve       | <input type="checkbox"/> Geriatria                     | <input type="checkbox"/> Riabilitazione/Fisiatria |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia dell'arto sup. e inf. | <input type="checkbox"/> Ginecologia                   | <input type="checkbox"/> Senologia                |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale              | <input type="checkbox"/> Ginecologia Preventiva        | <input type="checkbox"/> Terapia del dolore       |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Geriatrica            | <input type="checkbox"/> Immunoreumatologia            | <input type="checkbox"/> Urologia                 |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Ricostruttiva         | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche          | <input type="checkbox"/> Centro Prevenzione       |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica              | <input type="checkbox"/> Medicina Interna              |   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare             | <input type="checkbox"/> Nefrologia                    |   |

- |             |                                    |   |  |                                       |
|-------------|------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| Regime      | <input type="checkbox"/> S.S.N.    | <input type="checkbox"/> My-Hospital      | <input type="checkbox"/> Intramoenia           | <input type="checkbox"/> Assicurato   |
| Sesso       | <input type="checkbox"/> M         | <input type="checkbox"/> F                |  |                                       |
| Età         | <input type="checkbox"/> 18-30     | <input type="checkbox"/> 31-50            | <input type="checkbox"/> 51-70                 | <input type="checkbox"/> Oltre 70     |
| Professione | <input type="checkbox"/> Impiegato | <input type="checkbox"/> Disoccupato      | <input type="checkbox"/> Libero Professionista | <input type="checkbox"/> Altro        |
| Scolarità   | <input type="checkbox"/> Laurea    | <input type="checkbox"/> Scuola Superiore | <input type="checkbox"/> Scuola dell'obbligo   | <input type="checkbox"/> Altri titoli |
| Residenza   | <input type="checkbox"/> Lazio     | <input type="checkbox"/> Nord Italia      | <input type="checkbox"/> Centro Italia         | <input type="checkbox"/> Sud Italia   |
|             | <input type="checkbox"/> Estero    |   |  |                                       |

È il suo primo accesso presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico?  Sì  No

Come è venuto a conoscenza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Su segnalazione di un conoscente/parente              | <input type="checkbox"/> Su consiglio del medico curante   |
| <input type="checkbox"/> Attraverso mezzi d'informazione (giornali, TV, radio) | <input type="checkbox"/> Su <a href="http://www.policlinicocampusbiomedico.it">www.policlinicocampusbiomedico.it</a> |
| <input type="checkbox"/> A seguito di trasferimento da un'altra struttura      | <input type="checkbox"/> Altro   |



Per esprimere il suo livello di gradimento attribuisca un valore da 1 a 5 ad ogni risposta:

1 - per niente soddisfatto 2 - poco soddisfatto 3 - abbastanza soddisfatto 4 - soddisfatto 5 - molto soddisfatto

Per niente  
1 2 3 4 5  
Molto

**Nel complesso quanto è soddisfatto della sua esperienza al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

Per favore esprima una sua valutazione per ogni aspetto

Per niente  
1 2 3 4 5  
Molto

### 1. Accoglienza e Organizzazione

(valutazione generale)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 1.1 Facilità nel contattare la struttura per prenotare una visita
- 1.2 Tempi di attesa e disbrigo pratiche in accettazione
- 1.3 Cortesia e disponibilità degli operatori all'accettazione
- 1.4 Tempo di attesa tra la prenotazione e la visita

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Assistenza Medica

(valutazione generale)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 2.1 Professionalità e accuratezza durante la visita
- 2.2 Tempo e attenzione dedicati durante la visita
- 2.3 Chiarezza e tempestività nel fornire informazioni sulle cure e sullo stato di salute
- 2.4 Tutela della riservatezza e della privacy durante la visita

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Assistenza Infermieristica e altro personale sanitario (valutazione generale)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 3.1 Attenzione del personale infermieristico/tecnico nel rispondere alle richieste
- 3.2 Presenza e disponibilità del personale infermieristico/tecnico
- 3.3 Professionalità e competenza mostrate durante le procedure
- 3.4 Accuratezza delle informazioni ricevute
- 3.5 Tutela della riservatezza e della privacy durante le procedure

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Ambienti e struttura

(valutazione generale)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 4.1 Comfort, funzionalità e cura degli ambienti comuni e servizi igienici
- 4.2 Igiene e pulizia dell'ambulatorio

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. Altre informazioni

- 5.1 Quanto è soddisfatto della professionalità e disponibilità dei medici specializzandi?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consiglierebbe questo ospedale ad altri?

Assolutamente no										Assolutamente si
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	