

Questionario di gradimento servizio Cure Domiciliari C-DOM

Comune: Data

Chi compila è: beneficiario referente (familiare o altro)**1. Quale tipo di intervento usufruisce?** infermieristico fisioterapico igiene personale (Operatore socio-sanitario)**2. Da quanto tempo usufruisce del servizio ADI?** Meno di 2 mesi Da 2 a 4 mesi Più di 4 mesi**3. Come valuta il numero degli interventi settimanali che riceve rispetto alle sue esigenze:**

insufficiente scarso sufficiente buono ottimo

4. Come valuta la continuità del servizio e del personale:

insufficiente scarso sufficiente buono ottimo

5. Come valuta la qualità dei servizi offerti dal servizio ADI:

insufficiente scarsa sufficiente buona ottima

6. Come valuta il tempo a sua disposizione per ogni intervento domiciliare:

insufficiente scarso sufficiente buono ottimo

7. Rispetto all'intervento, l'operatore domiciliare è puntuale?

mai a volte spesso quasi sempre sempre

8. Rispetto all'intervento, l'operatore domiciliare rimane a domicilio tutto il tempo concordato:

mai a volte spesso quasi sempre sempre

9. Come valuta il comportamento degli operatori domiciliari (cortesia, professionalità..):

insufficiente scarso sufficiente buono ottimo

10. Valutazione del servizio dell'ufficio accoglienza e segreteria ADI (cortesia, competenza...)

insufficiente scarso sufficiente buono ottimo

11. Valutazione generale del servizio erogato :

insufficiente scarso sufficiente buono ottimo

La ringraziamo per la collaborazione*La Direzione*