

## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

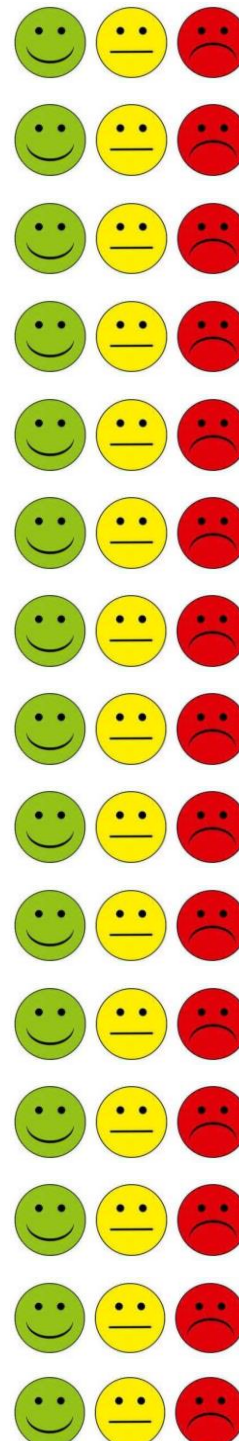
Ricovero eseguito presso:

RIABILITAZIONE, RICOVERO ORDINARIO	<input type="checkbox"/>	RIABILITAZIONE, DAY HOSPITAL	<input type="checkbox"/>	LUNGODEGENZA MEDICA	<input type="checkbox"/>
RSA MANTENIMENTO	<input type="checkbox"/>	RSA INTENSIVA (NARI, R1)	<input type="checkbox"/>		

Per un servizio migliore gradiremmo un Suo parere in merito ai seguenti aspetti:

INDICARE CON UNA "X" LE VOCI  
PER LE QUALI È POSSIBILE  
ESPRIMERE UN GIUDIZIO

1. ORIENTAMENTO E ACCOGLIENZA IN REPARTO
2. INFORMAZIONI E MODALITÀ DI COMUNICAZIONE DELLE STESSE (CHIAREZZA, PUNTUALITÀ, SENSIBILITÀ) RICEVUTE DAI MEDICI SUL PERCORSO ASSISTENZIALE
3. INFORMAZIONI RICEVUTE AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE
4. CORTESIA E DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DELLA CASA DI CURA – RSA
5. PROFESSIONALITÀ E CORTESIA DEL PERSONALE MEDICO
6. PROFESSIONALITÀ E CORTESIA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO
7. PROFESSIONALITÀ E CORTESIA DEL PERSONALE SOCIO-SANITARIO (OSS) E AUSILIARIO
8. PROFESSIONALITÀ E CORTESIA DEL PERSONALE TECNICO DELLA RIABILITAZIONE (FISIOTERAPISTI, TERAPISTI OCCUPAZIONALI, LOGOPEDISTA, EDUCATRICI PROFESSIONALI)
9. EFFICIENZA DEI SERVIZI (CENTRALINO, RADIOLOGIA, ASSISTENTE SOCIALE, SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA, SERVIZIO DI DIETOLOGIA, SERVIZIO DI PSICOLOGIA)
10. ORGANIZZAZIONE E IGIENE DELLA CAMERA DI DEGENZA, DEL BAGNO E DEGLI AMBIENTI IN GENERE DEL REPARTO/NUCLEO, DEL DAY HOSPITAL, DELLA PALESTRA
11. COMFORT DELLA CAMERA DI DEGENZA (ARREDO, CLIMATIZZAZIONE, SERVIZI, TRANQUILLITÀ, RISERVATEZZA) O DEI LOCALI DEL DAY HOSPITAL
12. QUALITÀ E QUANTITÀ DEL VITTO (ECCEP TO DAY HOSPITAL)
13. RISPETTO E TUTELA DELLA PRIVACY
14. FLESSIBILITÀ E CORTESIA VERSO I FAMILIARI IN VISITA (ECCEP TO DAY HOSPITAL)
15. SODDISFAZIONE COMPLESSIVA DELL'EPISODIO DI RICOVERO



## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

OSSERVAZIONI, SUGGERIMENTI, PROPOSTE MIGLIORATIVE, ELOGI, RECLAMI

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Dati facoltativi)

Nome e cognome .....

Professione .....

Recapito telefonico ..... indirizzo e-mail .....

### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE n. 679/2016

In osservanza del Regolamento Europeo n. 679/2016, Codice in materia di protezione dei dati personali, l'utente fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali per le seguenti finalità: elaborare le informazioni per migliorare gli standard qualitativi dei servizi offerti dalla Casa di Cura, anche attraverso la redazione periodica di specifici report, in ottemperanza al DCA n. 469/2017 (Accreditamento istituzionale). I dati sono organizzati in archivi cartacei e in banche dati elettroniche; il trattamento degli stessi avviene mediante l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto delle misure minime di sicurezza ritenute adeguate in forza dei principi del GDPR (art.32). In ogni momento, è possibile esercitare i diritti previsti dagli articoli 15-21 del Regolamento UE n. 679/2016. Il Titolare del trattamento dei dati personali è la Casa di Cura "Auxologico Roma – Buon Pastore", con sede a Roma, in via di Vallelunga, 8, e-mail: [auxologicoromasrl.societabenevit@pec.it](mailto:auxologicoromasrl.societabenevit@pec.it); Responsabile Protezione Dati (DPO) email: [dpo.st@ecosafety.it](mailto:dpo.st@ecosafety.it). L'elenco dei responsabili del trattamento è consultabile direttamente in sede. Periodo di conservazione del materiale: due anni.

Acconsento

Non acconsento



**INSERIRE IL MODULO COMPILATO  
NELLA CASSETTA COLLOCATA  
ALL'INGRESSO (CENTRALINO)  
DELLA CASA DI CURA (EDIFICIO A)**

Roma, .....

Firma .....