

QUAL È IL SUO PARERE SUL SUO MEDICO E SULLO STUDIO DEL SUO MEDICO?

Le chiediamo con il presente questionario di valutare la qualità dell'assistenza. Risponda, gentilmente, a tutte le domande, fornendo una sola risposta a ciascuna di esse (5 = ottimo, 1 = scarso). Per rispondere alle domande barrare la casella che corrisponde maggiormente al Suo parere. Qualora una domanda non La riguardi, utilizzi l'apposito spazio: "non mi concerne / irrilevante".

L'anonimato della Sua risposta è garantito.

QUAL È IL SUO PARERE SUL SUO MEDICO E/O SULLO STUDIO MEDICO NEGLI ULTIMI 12 MESI IN RELAZIONE		scarso					ottimo	non mi concerne/ irrilevante
		1	2	3	4	5		
1	... l'impressione che Le sia stato dedicato abbastanza tempo durante le visite?	<input type="checkbox"/>						
2	... l'interesse dimostrato per la Sua situazione personale?	<input type="checkbox"/>						
3	... metterLa a proprio agio per raccontare i Suoi problemi?	<input type="checkbox"/>						
4	... coinvolgerLa nelle decisioni riguardanti le Sue cure?	<input type="checkbox"/>						
5	... la disponibilità ad ascoltarLa?	<input type="checkbox"/>						
6	... la riservatezza della Sua cartella e dei Suoi dati?	<input type="checkbox"/>						
7	... il rapido sollievo dei Suoi disturbi?	<input type="checkbox"/>						
8	... l'aiuto a sentirsi meglio tanto da permetterLe di svolgere le normali attività quotidiane?	<input type="checkbox"/>						
9	... la meticolosità dell'approccio scelto per affrontare i Suoi problemi?	<input type="checkbox"/>						
10	... il modo di visitarLa?	<input type="checkbox"/>						
11	... la proposta di servizi per la prevenzione (ad esempio screening, esami, vaccinazioni)?	<input type="checkbox"/>						
12	... le spiegazioni sullo scopo degli esami e delle cure?	<input type="checkbox"/>						
13	... dirLe ciò che ha desiderato sapere sui Suoi disturbi e sulla Sua malattia?	<input type="checkbox"/>						
14	... l'aiuto ad affrontare i problemi emotivi legati alle Sue condizioni di salute?	<input type="checkbox"/>						
15	... aiutarLa a capire l'importanza di seguirne i consigli?	<input type="checkbox"/>						
16	... il ricordo di ciò che Le ha detto o prescritto in occasioni precedenti?	<input type="checkbox"/>						
17	... prepararLa a quello che deve aspettarsi dallo specialista o dalle cure ospedaliere?	<input type="checkbox"/>						
COME È STATO/A NEGLI ULTIMI 12 MESI								
18	... la disponibilità del personale dello studio?	<input type="checkbox"/>						
19	... l'offerta di appuntamenti adatti alle Sue esigenze?	<input type="checkbox"/>						
20	... la raggiungibilità telefonica dello studio medico?	<input type="checkbox"/>						
21	... la possibilità di parlare al telefono con il medico?	<input type="checkbox"/>						



		scarso					ottimo					non mi con- cerne/ irri- levante
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
22	... il tempo dell'attesa in sala di attesa?	<input type="checkbox"/>										
23	... la possibilità di rapido aiuto per problemi di salute urgenti?	<input type="checkbox"/>										

		assoluta- mente no					in modo incondi- zionato					non mi con- cer- ne/irri- levante
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
24	Raccomanderei caldamente il mio medico ai miei amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
25	Non ho motivo di cambiare medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Scheda personale

- 1) sesso maschile femminile
- 2) età anni
- 3) Qual è la Sua lingua madre?
- tedesco
 - francese
 - inglese
 - italiano
 - romancio
 - portoghese
 - turco
 - lingua slava
 - spagnolo
 - altre
- 4) Qual è il livello di formazione terminato?
- licenza di scuola elementare
 - licenza di scuola media
 - licenza di scuola superiore/apprendistato
 - scuola universitaria / laurea
 - altro
- 5) Qual è il Suo stato di famiglia?
- celibe / nubile
 - coniugato/a
 - vedovo/a
 - divorziato/a
- 6) Attualmente il Suo stato di salute?
- eccellente
 - ottimo
 - buono
 - discreto
 - cattivo

Negli ultimi 12 mesi, per quanti giorni è stato/a in malattia o in ospedale?

- 7) inabile al lavoro? giorni
- 8) in ospedale? giorni
- 9) Negli ultimi 12 mesi, quante volte ha consultato il Suo medico (consultazioni nello studio o visite a domicilio)? volte
- 10) Soffre di una malattia cronica? sì no
(durata: più di 3 mesi)

RINGRAZIAMO PER LA GRADITA COLLABORAZIONE!

