

ASE Soddisfazione dei pazienti – genitori

La vostra opinione ci interessa!

Cari genitori

Vostra figlia/vostro figlio è attualmente in cura presso la nostra struttura. Desideriamo che siate soddisfatti delle nostre terapie e della nostra assistenza. Per questo motivo è importante per noi conoscere la vostra opinione personale sul nostro studio e sui nostri servizi.

Le vostre risposte contribuiranno a uno studio nazionale sulla soddisfazione nei confronti dell'ergoterapia. L'indagine è condotta dall'Università di Lucerna per conto dell'Associazione Svizzera di Ergoterapia. Le vostre informazioni sono anonime e trattate in modo strettamente confidenziale. Sono utilizzate esclusivamente a fini di analisi statistica. I risultati saranno comunicati agli studi alla fine dello studio. Le analisi non consentono tuttavia di identificare voi o vostra figlia/vostro figlio. Una volta terminato lo studio, tutti i dati individuali saranno cancellati. Se avete domande sullo studio o desiderate che i dati inseriti vengano cancellati, contattate [datenerhebung_evs\[at\]unilu.ch](mailto:datenerhebung_evs[at]unilu.ch).

Vi preghiamo di dedicare qualche minuto alla compilazione del seguente questionario. Il sondaggio richiede circa 5-10 minuti. Le vostre informazioni ci aiutano molto a identificare il potenziale di miglioramento nell'ergoterapia.

Grazie mille per il vostro aiuto!

Accetta di partecipare al sondaggio?

Sì (1)

No (2)

Q1 Il suo sesso

- Femminile (1)
- Maschile (2)
- Altro (3)

Q2 La sua età

- 18-25 anni (1)
- 26-35 anni (2)
- 36-45 anni (3)
- 46-55 anni (4)
- 56-65 anni (5)
- 66-75 anni (6)
- 76 anni e più (7)

Q3 Indicare il nome dello studio medico presso il quale è in cura sua figlia/suo figlio.

Q4 Indicare il sesso del bambino attualmente in cura presso la nostra struttura. .

- Femmina (1)
- Maschio (2)
- Altro (3)

Q5 Quanti anni ha sua figlia/suo figlio?

- 0-6 anni (1)
- 7-12 anni (2)
- 13-16 anni (3)
- 17 anni e più (4)

Q6 In quale reparto è ricoverato/a suo figlio/sua figlia?

- Neurologia (1)
- Terapia della mano, ortopedia, traumatologia (2)
- Reumatologia (3)
- Psichiatria (4)
- Altro / Non lo so (5)

Q7 Come ha saputo di noi?

- Ero già paziente di questo studio (1)
- Mia figlia/mio figlio era già paziente di questo studio (2)
- Medico (3)
- Internet/sito web (4)
- Ex pazienti (5)
- Scuola (6)
- Amici/conoscenti (7)
- Altro (8)

Q8 Valuti i seguenti punti selezionando la risposta che meglio corrisponde alla vostra opinione.
 Infrastrutture e amministrazione.

	Molto soddisfatto/a (1)	Soddisfatto/a (2)	Insoddisfatto/a (3)	Molto insoddisfatto/a (4)	Non so/non rispondo (99)
Lei è soddisfatto dell'accessibilità dello studio? (Q8_1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto dei tempi di attesa prima del primo appuntamento? (Q8_2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto dei nostri orari di apertura? (Q8_3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto dei locali dello studio e delle loro attrezzature? (Q8_4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto della pulizia dei locali dello studio? (Q8_5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto del personale dello studio? (Q8_6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto della garanzia di riservatezza? (Q8_7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q9 Valuti i seguenti punti selezionando la risposta che meglio corrisponde alla vostra opinione.
Competenza professionale e offerta.

	Molto soddisfatto/a (1)	Soddisfatto/a (2)	Insoddisfatto/a (3)	Molto insoddisfatto/a (4)	Non so/non rispondo (99)
Nel complesso, Lei è soddisfatto/a dei servizi offerti dallo studio di ergoterapia? (Q9_1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto/a dei consigli forniti dal suo ergoterapista? (Q9_2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto/a delle informazioni fornite sullo svolgimento della terapia? (Q9_3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto del materiale terapeutico? (Q9_4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto delle misure igieniche adottate durante la terapia? (Q9_5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto della qualità generale della terapia? (Q9_6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q10 Ha avuto la sensazione che sua figlia/suo figlio sia stato trattato con competenza professionale?

- Sì (1)
- Piuttosto sì (2)
- Piuttosto no (3)
- No (4)
- Non so /Non rispondo (99)

Q11 Quanto è rimasto soddisfatto del risultato del trattamento?

- Molto soddisfatto/a (1)
- Soddisfatto/a (2)
- Insoddisfatto/a (3)
- Molto insoddisfatto/a (4)
- Non so / non rispondo (99)

Q12 Ci consiglierebbe ai suoi amici o conoscenti?

- Sì (1)
- Piuttosto sì (2)
- Piuttosto no (3)
- No (4)
- Non so / non rispondo (99)

Le seguenti domande sono facoltative.

Q13 Come possiamo migliorare la sua soddisfazione?

Q14 Cosa le è piaciuto di più durante la sua permanenza presso lo studio?

Q15 Cosa le è piaciuto di meno?

Grazie per la vostra partecipazione!