



Data compilazione _____
(gg/mm/aa)

Cognome e nome _____
(facoltativo)

Il presente questionario è stato compilato dal paziente che ha beneficiato del voucher:

SI: autonomamente con aiuto di **Familiare**
 Assistente/badante
 Operatore ADI
 Altre persone

NO: è stato compilato da:
 Familiare
 Assistente/badante
 Altre persone

Come è venuto a conoscenza del servizio ADI della Fondazione Molina?

- Attraverso gli elenchi forniti dal Distretto
 Attraverso conoscenti
 Attraverso internet
 Altro _____

In passato ha già usufruito di voucher-socio sanitari (ADI)?

SI con FONDAZIONE MOLINA ALTRI NO

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

1 = PER NIENTE 2 = POCO 3 = ABBASTANZA 4 = PIENAMENTE

Tempi di attivazione del servizio ADI da parte della Fondazione Molina	1	2	3	4
Cortesìa e disponibilità del personale dell'ufficio ADI della Fondazione Molina	1	2	3	4
Orari del servizio	1	2	3	4



Cortesia, disponibilità e professionalità del personale medico <i>(compilare solo se è intervenuto)</i>	1	2	3	4
Cortesia, disponibilità e professionalità del personale infermieristico <i>(compilare solo se è intervenuto)</i>	1	2	3	4
Cortesia, disponibilità e professionalità del personale fisioterapico <i>(compilare solo se è intervenuto)</i>	1	2	3	4
Cortesia, disponibilità e professionalità del personale ausiliario <i>(compilare solo se è intervenuto)</i>	1	2	3	4
Capacità del servizio di rispondere ai problemi e alle esigenze che si sono presentate durante il periodo di assistenza domiciliare	1	2	3	4
Informazioni ricevute sugli interventi effettuati dagli operatori al domicilio	1	2	3	4
Rispetto degli orari concordati con gli operatori che accedono al suo domicilio	1	2	3	4
Complessivamente quanto è soddisfatto del servizio ADI della Fondazione Molina	1	2	3	4
CONSIDERAZIONI FINALI <i>(facoltative)</i> ----- ----- ----- -----				