

## Salus

### Trieste

via Bonaparte 4-6  
T 040 3171111

## Pineta del Carso

### Aurisina

viale Stazione 26  
T 040 3784111

## Studio Biomedico

### Trieste

via Gallina 4  
T 040 371280

### Roiano

via Barbariga 7/b  
T 040 3171313

### Opicina

strada per Vienna 9/a  
T 040 3171311

### Muggia

via via Signolo 3  
T 040 3171318

### Gorizia

corso Verdi 12  
T 0481 281871

## Studio Polonio

### Trieste

via Machiavelli 13  
T 040 630353

## Pineta City

### Trieste

via D'Alviano 23  
T 040 3784500

### Commons

via Matteotti 44  
T 0481 281527

### Montfalcone

via Duca d'Aosta 40  
T 0481 281018

### Ronchi dei Legionari

via D'Annunzio 8  
T 0481 281708

### Cervignano del Friuli

via Demanio 6  
T 0431 373116

### Staranzano

via Martiri della Libertà 42  
T 0481 830104

# Questionario di valutazione dei ricoveri

# La Sua opinione è importante

Per aiutarci a migliorare i nostri servizi, Le chiediamo di compilare il presente questionario e di consegnarlo al personale della reception o inviarlo all'URP – Ufficio Relazioni con il Pubblico del Policlinico Triestino S.p.A. Grazie per la collaborazione.

Il questionario può anche essere compilato on line sul sito [www.politvg.it](http://www.politvg.it); eventuali altre segnalazioni o reclami possono essere trasmessi all'indirizzo mail [urp@politvg.it](mailto:urp@politvg.it)

**In quale sede ha usufruito della prestazione?**

Salus Trieste  
 Pineta del Carso Aurisina

**Lei o un suo familiare ha avuto la possibilità di avere colloqui personali con il medico?**

sì  
 no

**Esprima un giudizio complessivo sulla qualità delle informazioni ricevute (telefoniche, sito internet, segnaletica, etc.):**

ottimo  
 buono  
 discreto  
 insufficiente  
 pessimo

**Le sono state fornite le indicazioni per il decorso post-operatorio?**

sì  
 no

**I colloqui e le consulenze si sono svolte nel rispetto della privacy?**

sì  
 no

**In quale reparto è stato ricoverato?**

chirurgia generale  
 chirurgia plastica  
 ginecologia  
 hospice  
 medicina interna  
 oculistica  
 ortopedia  
 otorinolaringoiatria  
 riabilitazione cardiologica  
 riabilitazione neuromotoria  
 riabilitazione pneumologica

**Il suo ricovero è:**

in regime convenzionato  
 in regime privato

**È a conoscenza della possibilità di fare reclami o segnalazioni?**

sì  
 no

**Che giudizio darebbe sulla cortesia con cui sono stati trattati i suoi familiari?**

ottimo  
 buono  
 discreto  
 insufficiente  
 pessimo

**Esprima un giudizio sul personale medico, per:**

**a) chiarezza nelle spiegazioni**

ottimo  
 buono  
 discreto  
 insufficiente  
 pessimo

**b) cortesia**

ottimo  
 buono  
 discreto  
 insufficiente  
 pessimo

**Esprima un giudizio sul personale infermieristico, per:**

**a) aver soddisfatto i suoi bisogni adeguatamente**

ottimo  
 buono  
 discreto  
 insufficiente  
 pessimo

**b) cortesia**

ottimo  
 buono  
 discreto  
 insufficiente  
 pessimo

**Esprima un giudizio sulla qualità del cibo:**

ottimo  
 buono  
 discreto  
 insufficiente  
 pessimo

**Esprima un giudizio sulla pulizia degli ambienti:**

ottimo  
 buono  
 discreto  
 insufficiente  
 pessimo

**Dia il Suo giudizio sul personale amministrativo, per:**

**a) chiarezza nelle informazioni ed efficienza nel lavoro**

ottimo  
 buono  
 discreto  
 insufficiente  
 pessimo

**b) cortesia**

ottimo  
 buono  
 discreto  
 insufficiente  
 pessimo

**Esprima un giudizio complessivo sul suo ricovero:**

ottimo  
 buono  
 discreto  
 insufficiente  
 pessimo

**Dati personali**

**a) sesso:**

maschio  
 femmina

**b) età:**

da 18 a 40 anni  
 da 41 a 60 anni  
 oltre 60 anni

**Durata del Suo ricovero:**

□□□□ numero giorni

**Data di compilazione:**

□□/□□/□□□□ (gg/mm/aaaa)