

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

La invitiamo ad apporre una crocetta su una casella compresa tra 1 (=insufficiente) e 5 (= eccellente) per ogni domanda. Se un'affermazione non è pertinente, voglia ad apporre la crocetta sulla casella "non pertinente / irrilevante".

Le sue risposte rimarranno assolutamente anonime.

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



		scarso					ottimo					non mi con- cerne/ irrele- vante
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
24	Come valuta l'arredamento dello studio medico in merito a gradevolezza e adeguatezza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Come giudica lo stato di pulizia dello studio medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		assolutamente no					in modo incondizionato					non mi con- cerne/ irrele- vante
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
26	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Non ho motivo di cambiare medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scheda personale

- D1 sesso maschile
 femminile
- D2 età anni
- D3 Qual è la Sua lingua madre?
 tedesco
 francese
 inglese
 italiano
 romancio
 portoghese
 turco
 lingua slava
 spagnolo
 altre
- D4 Qual è il livello di formazione terminato?
 licenza di scuola elementare
 licenza di scuola media
 licenza di scuola superiore/apprendistato
 scuola universitaria / laurea
 altro
- D5 Qual è il Suo stato di famiglia?
 singolo/a
 coniugato/a
 vedovo/a
 divorziato/a
- D6 Attualmente il Suo stato di salute?
 eccellente
 ottimo
 buono
 discreto
 cattivo
- D7 Negli ultimi 12 mesi, per quanti giorni è stato/a in malattia o in ospedale...
 giorni (Se nessun giorno: inserire 0)
... inabile al lavoro?
- D8 ... in ospedale? giorni (Se nessun giorno: inserire 0)
- D9 Negli ultimi 12 mesi, quante volte ha consultato il Suo medico (consultazioni nello studio o visite a domicilio)?
 volte (Includere nel conteggio anche la visita di oggi/l'ultima visita)
- D10 Soffre di una malattia cronica? (durata: più di 3 mesi)
 sì
 no

RINGRAZIAMO PER LA GRADITA COLLABORAZIONE!

Praxis Nr. Arzt Nr.

Fragebogen Nr. /