



**CASA DI CURA
VILLA GEMMA**
POLIAMBULATORIO
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI



**CASA DI CURA
VILLA BARBARANO**
POLIAMBULATORIO
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Scheda di segnalazione di reclamo

Il sottoscritto _____ segnala quanto segue:

Nome/Cognome		
Data di nascita	Professione (nota 1)	Scolarità (nota 2)
Indirizzo		
Telefoni		Mail
Data	Firma	

DATI PER COMPILAZIONE

Nota 1		Nota 2	
1	nessuna	1	nessuna
2	casalinga	2	elementare
3	pensionato	3	media inferiore
4	disoccupato	4	media superiore
5	operaio	5	universitaria
6	agricoltore/contadino	6	post universitaria
7	impiegato	7	non indica/non risponde
8	libero professionista		
9	dirigente		
10	dipendente pubblico		
11	insegnante		





COMPILAZIONE RISERVATA UFFICIO URP

L'Urp ha ricevuto il presente reclamo in data odierna

Data, firma Resp. URP DANIELA BONARDI.....

AREA TEMATICA (nota 3) 3 A - RAPPORTO CON L'OPERATORE / MODALITA' DELLA RELAZIONE

Classificazione Regionale delle segnalazioni dall'1-01-08

CAMPO	Cod.	Dimensione
INFORMAZIONE/ORIENTAMENTO	1 a	LOGISTICA (spazi, segnaletica, percorsi)
	1 b	COERENZA TRA BISOGNI ESPRESSI E RISPOSTA OTTENUTA (presa in carico)
	1 c	AMMINISTRATIVA (modulistica, ticket, orari ecc.)
CONDIZIONI DELL'ACCESSO	2 a	ACCESSO TELEFONICO, WEB, MAIL, FARMACIE, MMG, PLS
	2 b	ACCESSO CON MEZZI PUBBLICI
	2 c	ACCESSO CON MEZZI PRIVATI (segnaletica, parcheggi etc.)
COMUNICAZIONE E RELAZIONE	3 a	RAPPORTO CON L'OPERATORE (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)
	3 b	RAPPORTO CON L'AZIENDA
	3 c	CONSENSO INFORMATO
ASPETTI STRUTTURALI, AMBIENTALI E SICUREZZA	4 a	BARRIERE ARCHITETTONICHE
	4 b	SICUREZZA
	4 c	COMFORT (Vitto, pulizie, arredi e attrezzature ecc)
RISPETTO DEI DIRITTI	5 a	DATI SENSIBILI (codice privacy 196)
	5 b	RISPETTO ALTRI DIRITTI
PRESTAZIONI	6 a	TEMPO D'ATTESA
	6 b	MANCATA PRESTAZIONE
	6 c	INADEGUATEZZA ORGANIZZATIVA
	6 d	PERCEZIONE DELLA QUALITA' TECNICO PROFESSIONALE
ASPETTI ECONOMICI	7 a	TICKET ERRATI E IMPRORI
	7 b	RIMBORSI
RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA (Referti, cartella clinica, lettera di dimissione, materiale iconografico)	8 a	MODALITA'
	8 b	TEMPI
	8 c	QUALITA' (vedi requisiti cartella clinica)
ASSISTENZA PROTESICA	9 a	Rapporti con i prescrittori
	9 b	Fornitura ausili
ASSISTENZA FARMACEUTICA	10 a	Distribuzione diretta
	10 b	Distribuzione convenzionata
INTEGRAZIONE SERVIZI SOCIO SANITARI	11 a	Rapporti con MMG e PDF
	11 b	Continuità del rapporto ospedale territorio
	11 c	Dimissioni protette
	11 d	ADI
	11 e	RSA - RSH
	11 f	Area della riabilitazione e della medicina sportiva
VARIE	12	
ENCOMI	13 a	Encomi all'ente
	13 b	Encomi al personale medico
	13 c	Encomi ai professionisti sanitari