

ALLARGARE LA COMPETENZA DEGLI ISTITUTI ONCOLOGICI DI RICOVERO E CURA (IRCCS) NELLA PATIENT EDUCATION: IL POTERE DELL'ALLEANZA CON I RAPPRESENTANTI DEI PAZIENTI



QUESTIONARIO DI GRADIMENTO SULLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Le ch	iediamo di compilare cortesemente quest	o breve questionario, indicando la sua opinione riguardo			
alle a	ttività delle Associazioni di Volontariato p	resenti in questo Istituto.			
DATA	A DI COMPILAZIONE:/ /				
1.	Conosce le associazioni di volontariato p	resenti in Istituto?			
	☐ SI ☐ NO				
	Se la risposta	è NO passi al punto 9.			
2.	Se ha risposto sì, quali associazioni conosce?				
۷.	Se na risposto si, quan associazioni cono.	sec:			
					
3.	Ha mai usufruito dei loro servizi offerti?				
	□ SI □ NO				
	Se la risposta è SI passi al punto 5.				
4.	Se non ha mai usufruito dei servizi delle	associazioni di volontariato, perché?			
	non sapevo ci fossero	non mi interessa/non ne ho bisogno			
	mi aspetto altro dai volontari (specifi	ca)			
	(0)	,			
5.	Se sì, di quali servizi? Può indicare più risposte				
	trasporto	accoglienza e orientamento in Istituto			
	supporto economico	supporto logistico			
	scuola in ospedale	indicazioni sulla riabilitazione			
	indicazioni sui diritti dei pazienti	ascolto			
	attività di svago/laboratori creativi	indicazioni sugli alloggi			
	altro, (specificare)				





ALLARGARE LA COMPETENZA DEGLI ISTITUTI ONCOLOGICI DI RICOVERO E CURA (IRCCS) NELLA PATIENT EDUCATION: IL POTERE DELL'ALLEANZA CON I RAPPRESENTANTI DEI PAZIENTI



GRAZIE PER LA SUA COLLABORAZIONE

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO SULLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

. Come si è tro	vato durante l'atti	vita, sei vizio dei v	ololitai I.	
molto be	ne 🗌	abbastanza bene	non so	
male		molto male	altro,	
. Come valuta l	a presenza dei vo	lontari in Istituto?		
essenzial	е	utile	inutile	
indifferer	ıte	☐ altro,		_
	sati a conoscere lo per nuove attività		oposte per migliorare i servizi o	lei volontari e
	nno strettamente ano	nimi e verranno utilizza	iti esclusivamente per fini statistici.	
TI PERSONALI da Lei inseriti restera . SESSO: 0. ETÀ: 1. Indichi cortes] м 🗍 F	nimi e verranno utilizza	ati esclusivamente per fini statistici.	
da Lei inseriti restera . SESSO:] м 🗍 F	paziente care nferiore		
la Lei inseriti restera . SESSO: 0. ETÀ: 1. Indichi cortes 2. Scolarità:	M F emente se lei è: Licenza element Licenza media ir Licenza media si Laurea	paziente are	accompagnatore/parente	odalità:
la Lei inseriti restera . SESSO: 0. ETÀ: 1. Indichi cortes 2. Scolarità: IODALITÀ DI RES na volta compila - Depositari	emente se lei è: Licenza element Licenza media in Licenza media si Laurea TITUZIONE to, La invitiamo a i	paziente are	accompagnatore/parente accompagnatore/parente	
la Lei inseriti restera . SESSO: O. ETÀ: 1. Indichi cortes 2. Scolarità: IODALITÀ DI RES na volta compila - Depositari - Consegnal	emente se lei è: Licenza element Licenza media in Licenza media si Laurea TITUZIONE to, La invitiamo a i	paziente care	accompagnatore/parente accompagnatore/parente	
da Lei inseriti restera . SESSO: . SESSO: . Indichi cortes 2. Scolarità: IODALITÀ DI RES na volta compila - Depositari - Consegnatoure	emente se lei è: Licenza element Licenza media ir Licenza media si Laurea TITUZIONE to, La invitiamo a i o nelle scatole di i	paziente are	accompagnatore/parente accompagnatore/parente on ario con una delle seguenti mala d'attesa e l'ingresso dello IC indagine	