

FNP VENETO

FEDERAZIONE REGIONALE PENSIONATI CISL VENETO

LA SANITA' IN VENETO – QUESTIONARIO

Caro associato, caro cittadino, in merito al funzionamento del sistema sanitario regionale Veneto intendiamo effettuare delle **verifiche relativamente a situazioni reali vissute** come utenti del servizio.

Ti saremo quindi grati se per eventuali casistiche a te capitate rispondi alle domande qui sotto riportate.

I tuoi dati personali servono a noi per eventualmente contattarti e non saranno pubblicizzati ma custoditi e gestiti secondo quanto previsto dal D.leg. 196/2003 (codice privacy), successive modifiche e integrazioni.

I dati raccolti e diffusi saranno completamente anonimi.

Riconsegna ai nostri recapitisti, ai coordinatori della rappresentanza locale sindacale RLS, alle segreterie territoriali FNP il questionario compilato con risposte alle domande relative a situazioni che ti hanno riguardato.

Il questionario verrà pubblicato anche sul sito della FNP Veneto www.pensionaticislveneto.it dal quale lo potrai scaricare e dopo averlo compilato inviarlo tramite e-mail a pensionati.veneto@cisl.it oppure tramite fax al n. 041/5330824 e ti ringraziamo anticipatamente per la collaborazione nell'interesse di tutta la cittadinanza.

Cognome _____ Nome _____ età _____ ULSS n. _____
telefono _____ e-mail _____

A) LISTE DI ATTESA per visite diagnostiche e specialistiche

- 1) Tipologia _____
data impegnativa _____ data accesso visita _____ data secondo accesso _____
presso struttura ULSS o presso struttura convenzionata
- 2) Tipologia _____
data impegnativa _____ data accesso visita _____ data secondo accesso _____
presso struttura ULSS o presso struttura convenzionata
- 3) Tipologia _____
data impegnativa _____ data accesso visita _____ data secondo accesso _____
presso struttura ULSS o presso struttura convenzionata

B) LISTE DI ATTESA interventi chirurgici

- 1) Tipologia _____
data visita specialistica _____ data ricovero _____ ancora in attesa
- 1) Tipologia _____
data visita specialistica _____ data ricovero _____ ancora in attesa

C) RICORSO A VISITE PRIVATE NON IN CONVENZIONE MA A PAGAMENTO

- 1) Tipologia _____ costo €. _____
data della visita _____ motivo del ricorso al privato _____
- 2) Tipologia _____ costo €. _____
data della visita _____ motivo del ricorso al privato _____

D) DIMISSIONI DAL RICOVERO OSPEDALIERO descrivi problematiche insorte a te o per qualche familiare e in che data _____

E) HAI USUFRUITO DEL SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO? si no

Motivo _____ ore di attesa _____

F) HAI RINUNCIATO A CURARTI? si no in che mese e anno _____

Motivo _____

Luogo _____, li _____