

Questionario Gradimento Pazienti

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande per aiutarci a migliorare l'assistenza nella nostra Casa di Cura. Sbarri il quadrato sotto l'espressione che meglio esprime la Sua opinione.

Le risposte rimarranno anonime e non saranno viste dal personale del reparto. Se crede, può farsi aiutare dai Suoi familiari od amici nel compilare questa scheda. Le saremo grati se segnalerà gli aspetti positivi e negativi del Suo ricovero in dettaglio, ma Le preghiamo di farlo sul retro di questo foglio.

Sesso: M F Età _____ Reparto/Ambulatorio _____

Che cosa pensa rispetto a:

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Un po' insoddisfatto	Molto insoddisfatto
Assistenza medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni ricevute dai medici sulla diagnosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni ricevute dai medici sul decorso malattia e cure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni ricevute dagli Infermieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'orario e l'organizzazione delle visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'atmosfera di reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La pulizia del reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia ed igiene dei servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambiente e comfort (arredamento, tranquillità, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualità cibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantità cibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orari pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grado di soddisfazione del Suo ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commenti in dettaglio: _____

DATA _____