	Questionario di gradimento -UTENTI- Ospedale di Comunità - CURE INTERMEDIE	AV _____ SEDE _____ Ottobre 2018
---	---	---

Gentile Signora/Signore, chiediamo pochi minuti del Suo tempo prezioso; questo perché desideriamo conoscere l'opinione dei familiari e dei nostri pazienti.

Grazie alle Sue indicazioni sarà possibile il miglioramento di alcuni aspetti ritenuti critici o degli eventuali disservizi concernenti tutta l'esperienza di ricovero.

Riteniamo preziosi i Suoi suggerimenti !

IL PAZIENTE

Maschio Femmina Età _____

QUALITA' TECNICA (Mettere una X nella valutazione scelta)

1. Come valuta l'assistenza medica?

Insufficiente Discreta Buona Ottima

2. Come valuta la professionalità e cortesia del personale di assistenza ?

Insufficiente Discreta Buona Ottima

3. Come valuta la pulizia dei locali, dei servizi igienici, degli spazi comuni?

Insufficiente Discreta Buona Ottima


QUALITA' DEI RAPPORTI INTERPERSONALI

4. Come valuta l'accoglienza e le informazioni fornite dal personale dell'Ospedale di Comunità?

Insufficienti Discrete Buone Ottime

5. Come valuta il rispetto delle abitudini di vita del paziente?

Insufficiente Discreta Buona Ottima

	Questionario di gradimento -UTENTI- Ospedale di Comunità - CURE INTERMEDIE	AV _____ SEDE _____ Ottobre 2018
---	---	---

QUALITA' DEL COMFORT

6. Come valuta stanze, alloggi e locali?

- Insufficienti
 Discreti
 Buoni
 Ottimi

7. Come valuta la qualità dei pasti?

- Insufficiente
 Discreta
 Buona
 Ottima

QUALITA' ORGANIZZATIVA

8. Come valuta complessivamente l'esperienza di degenza nel reparto di Cure Intermedie

- Insufficiente
 Discreta
 Buona
 Ottima

9. Ha ricevuto indicazioni sulla programmazione della dimissione?

- Insufficiente
 Discreta
 Buona
 Ottima

Cosa suggerirebbe per migliorare il servizio?

.....

.....

.....

Grazie per la collaborazione