



QUESTIONARIO INFORMATIVO

Rev. 1 del 23/12/2015

Gentile Sig.ra/e,

Le chiediamo il Suo contributo per migliorare le prestazioni e la qualità dei nostri servizi e La preghiamo di compilare il presente questionario che potrà depositare presso la Reception o consegnare al Caposala, al momento della Sua dimissione.

La ringraziamo fin d'ora per la gentile e preziosa collaborazione.

La Direzione

Età _____

Per ognuno degli aspetti sotto elencati, indichi il Suo "livello di soddisfazione rispetto alle sue aspettative":

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto
1. Cortesia e disponibilità del personale della reception / accettazione			
2. Tempo di attesa al telefono			
3. Accoglienza dei visitatori da parte del personale			
4. Celerità e semplicità delle procedure di ricovero			
5. Rispetto della Privacy			
6. Accuratezza dell'assistenza infermieristica			
7. Cortesia e sollecitudine degli infermieri			
8. Accuratezza dell'assistenza medica			
9. Cortesia e attenzione dei medici			
10. Frequenza visite mediche			
11. Qualità dei pasti			
14. Orario pasti			
15. Igiene ambienti			
16. Tranquillità e comfort			
17. Orari per ricevere visite parenti			
18. Chiarezza e completezza della documentazione di dimissione			



QUESTIONARIO INFORMATIVO

Rev. 1 del 23/12/2015

Complessivamente, come valuta la degenza trascorsa nella nostra struttura ospedaliera?

Ottima Discreta Insufficiente

Se desidera, può utilizzare lo spazio sottostante per fornirci suggerimenti su aspetti da migliorare o indicarci quelli che l'hanno colpita favorevolmente:

Data _____

Nome e cognome (facoltativo)