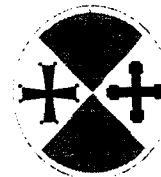




SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

CALABRIA

U.O.C. di Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico

Dott. Antonio Gallucci

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA DALL'ASSISTITO

Gentile Signore/Signora,

È di nostro interesse conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto presso il nostro Presidio Ospedaliero.

*Per facilitare l'espressione più sincera delle Sue valutazioni il questionario è anonimo.
Le chiediamo di rispondere a tutte le domande riguardanti i servizi di cui ha usufruito e di riporre il questionario compilato nell'apposito contenitore presso il punto informazioni.*

Compilatore:

- ☐ Paziente
☐ Parente, grado di parentela _____

Il Paziente ha usufruito di:

- ☐ Ricovero Ordinario
☐ Ricovero in Day Hospital
☐ Ricovero in Day Surgery
☐ Visita o prestazione ambulatoriale
☐ Chirurgia Ambulatoriale
☐ Dialisi

È la prima volta che si rivolge a questa struttura?

- ☐ Sì
☐ No

Reparto: _____ **Data di compilazione** ____/____/____

Esprima la sua opinione per i seguenti argomenti

Qual è il suo giudizio rispetto	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Come valuta le informazioni ricevute relative alla dieta a Lei dedicata?					

Come valuta la quantità del cibo?					
Come valuta la qualità del cibo?					
Come valuta la temperatura del pasto al momento della somministrazione?					
Come valuta complessivamente il gradimento del cibo proposto?					
Come giudica gli orari stabiliti per la consumazione dei pasti?					
Come giudica l'efficienza e la cortesia del personale che si occupa della prenotazione dei pasti?					

Suggerimenti e riflessioni per migliorare la qualità della ristorazione:

La ringraziamo per la sua preziosa collaborazione.