

REPARTO: _____

ETA' _____ SESSO: F ☐ M ☐

Gentile paziente,

per offrirLe un servizio di qualità sempre migliore, Le chiediamo di collaborare, rispondendo a semplici domande ed esprimendo il suo giudizio sulle nostre prestazioni.

Potrà inviare il suo questionario via mail all'indirizzo: urp@asp.cz.it

Grazie per la collaborazione

Compili il questionario barrando la casella che meglio esprime la sua opinione.	 OTTIMO	 BUONO	 SUFFICIENTE	 INSUFFICIENTE
Sollecitudine del personale a rispondere alle sue richieste	☐	☐	☐	☐
Cortesia del personale medico	☐	☐	☐	☐
Cortesia del personale infermieristico	☐	☐	☐	☐
Cortesia del personale oss	☐	☐	☐	☐
Chiarezza delle informazioni ricevute dai medici su decorso, malattie e cure	☐	☐	☐	☐
Orari per le visite di familiari e conoscenti	☐	☐	☐	☐
Pulizia del reparto	☐	☐	☐	☐
Pulizia dei servizi igienici	☐	☐	☐	☐
Ambiente e comfort (arredamento, tranquillità, ecc)	☐	☐	☐	☐
Qualità del cibo	☐	☐	☐	☐
Grado di soddisfazione del ricovero nel suo complesso	☐	☐	☐	☐

I VOSTRI SUGGERIMENTI
