



La Direzione della Casa di Cura desidera conoscere le sue opinioni ed osservazioni sull'assistenza ricevuta ed in generale su tutti gli aspetti del Suo soggiorno presso di noi, al fine di apportare eventuali miglioramenti alla qualità del nostro servizio. La preghiamo quindi, in qualità di **Paziente o di familiare**, di compilare il presente questionario al momento delle dimissioni, esprimendo in piena libertà il Suo giudizio.

Potrà consegnare il questionario compilato al Personale del Reparto o, se vuole mantenere l'anonimato, depositarlo nell'apposita cassetta, posta all'inizio del corridoio vicino all'Ufficio Accettazione al Piano Terra.

Mese/anno di ricovero .....Primo ricovero SI  NO

Età:..... Giorni di ricovero:.....**Compilatore: Paziente  Familiare**

	FATTORE DELLA QUALITÀ	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insuffi- ciente
1	Completezza di informazioni, cortesia, accoglienza in accettazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Gentilezza, disponibilità e reperibilità del Personale Ausiliario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Gentilezza, disponibilità e reperibilità del Personale Infermieristico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Professionalità del Personale Infermieristico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Gentilezza, disponibilità e reperibilità del Personale Medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Professionalità del Personale Medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Presenza di rumori e disturbi in Reparto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Organizzazione ed orari di Reparto, orari di ricevimento di parenti ed amici,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Relazioni tra il personale della Casa di Cura ed i familiari, anche per il loro sostegno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Efficacia e frequenza delle pulizie dei Servizi igienici e delle camere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ambiente e comfort: tranquillità, rispetto della privacy, dei beni personali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	PASTI: qualità,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	quantità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	varietà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	presentazione e distribuzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	GIUDIZIO GLOBALE SULLA CASA DI CURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ritiene di avere avuto miglioramenti con le cure prestate?	Sì <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	

**Aspetti particolari, negativi o positivi, che desidera mettere in luce:**

Descrizione degli aspetti negativi.....  
.....

Descrizione degli aspetti positivi.....  
.....

Altri commenti che desidera fare:.....  
.....