



**DEGENZA**

**QUESTIONARIO VALUTAZIONE SODDISFAZIONE  
PAZIENTI**

**Compilatore :** Paziente  Genitore  Parente  Altro

<b>Al fine di migliorare il livello delle nostre prestazioni, La invitiamo a indicare il Suo livello di soddisfazione, relativamente alle seguenti voci</b>	<b>OTTIMO</b>	<b>BUONO</b>	<b>SUFFICIENTE</b>	<b>INSODDISFATTO</b>
	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Accoglienza ricevuta dal personale sanitario al momento del ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiducia nel personale infermieristico che l'ha assistita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiducia nel personale medico che l'ha curata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortesìa e disponibilit� del personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortesìa e disponibilit� del personale sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soddisfazione complessiva sull'organizzazione del servizio/reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualit� dei pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livello di pulizia dei reparti e dei servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regolarit� dei cambi di biancheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livello delle informazioni, durante il ricovero, sulle sue condizioni di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correttezza informazioni sul trattamento sanitario che ha ricevuto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizioni di intimit� e riservatezza delle visite mediche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completezza e chiarezza delle notizie fornite dal personale medico al fine di esprimere un consenso effettivamente informato prima di essere sottoposto/a a terapia od intervento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completezza e chiarezza delle informazioni fornite dal personale medico sui possibili disagi conseguenti al trattamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complessivamente sente di essere stato/a trattato con rispetto e dignit� durante la sua permanenza in ospedale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ritiene che il suo problema di salute sia stato adeguatamente trattato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Valutazione complessiva del servizio offerto dalla Casa di Cura</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Consiglierebbe ad altri di recarsi presso questa Casa di Cura per i propri problemi di salute?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>



**DEGENZA**

**DATA:**

**OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI:**


*Si ringrazia per la disponibilità dimostrata e per il tempo dedicato. La  
Direzione*