



QUESTIONARIO PER I PAZIENTI DELLA CASA DI CURA

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande per aiutarci a migliorare l'assistenza nella nostra Casa di Cura. Sbarri il quadrato sotto l'espressione che meglio esprime la sua opinione.

Le risposte rimarranno anonime e non saranno viste dal personale del reparto. Se crede può farsi aiutare dai suoi familiari od amici nel compilare questa scheda. Le saremo grati se segnalerà anche gli aspetti positivi e negativi del suo ricovero in dettaglio.

Potrà inserire tale foglio nella apposita cassetta in reparto.

CHE COSA PENSA RISPETTO A:	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Un po' insoddisfatto	Insoddisfatto
- Assistenza medica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Assistenza infermieristica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cortesia del personale di reparto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prontezza nel soddisfare le necessità:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Precisione nell'eseguire le mansioni:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Disponibilità di dialogo col paziente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tipo di relazioni umane nel reparto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La pulizia nel reparto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Caratteristiche della stanza di degenza:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cibo : qualità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quantità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orario pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Grado di soddisfazione del suo ricovero:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commenti in dettaglio:

Aspetti positivi:

Aspetti da migliorare:

Data _____