

RECLAMI E APPREZZAMENTI

Gentile Paziente,

la qualità delle cure e la soddisfazione dei pazienti che usufruiscono della nostra Clinica ci stanno particolarmente a cuore. Rilevare la qualità delle nostre prestazioni per migliorare ulteriormente i servizi offerti è per noi una misura fondamentale, per la quale abbiamo bisogno del suo prezioso contributo.

La invitiamo a rispondere alle domande riportate nel formulario, in modo da potere sapere come ha vissuto la sua ultima esperienza presso i nostri reparti di degenza. Le sue impressioni e i suoi suggerimenti ci permettono di conoscere i pregi e i difetti della nostra struttura per individuare le aree di miglioramento. Le sue impressioni saranno integrate con quelle di altri pazienti e il suo nome non comparirà in alcun documento, per salvaguardare ulteriormente la confidenzialità dei dati da lei forniti, teniamo a precisare che il contenuto esplicitato è protetto dal segreto professionale.

COGNOME		NOME	
REPARTO DEL SOGGIORNO			
DATA DEL SOGGIORNO IN CLINICA			

1. DOMANDE GENERALI SUL SUO SOGGIORNO IN CLINICA

(Vogliate per favore contrassegnare la risposta che corrisponde al meglio alla vostra opinione e alla vostra esperienza)

1.	Come valuta la qualità delle cure dei medici?
	<input type="checkbox"/> Eccellente <input type="checkbox"/> Molto buona <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Non così buona <input type="checkbox"/> Scadente
2.	Come valuta la qualità delle cure del personale infermieristico?
	<input type="checkbox"/> Eccellente <input type="checkbox"/> Molto buona <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Non così buona <input type="checkbox"/> Scadente
3.	Ha avuto la possibilità di porre delle domande?
	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Quasi sempre <input type="checkbox"/> Talvolta <input type="checkbox"/> Quasi mai <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Non ho avuto domande
4.	Ha ricevuto risposte comprensibili alle Sue domande?
	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Quasi sempre <input type="checkbox"/> Talvolta <input type="checkbox"/> Quasi mai <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Non ho avuto domande

