



CASA DI CURA PÍO XI

Via Aurelia 559 - 00165 Roma
Tel. (06) 664941 - Fax (06) 66416357

QUESTIONARIO PER I PAZIENTI

La Direzione della Casa di cura Pio XI, al fine di migliorare il livello dell'assistenza sanitaria, prega cortesemente il paziente di rispondere alle seguenti domande.

La Casa di cura garantisce che tali indicazioni rimarranno **riservate** e il questionario potrà, o meno, essere firmato.

Ove fosse necessario, il questionario potrà essere compilato con l'aiuto di un familiare.

In fondo al questionario il paziente potrà segnalare particolari aspetti positivi o negativi del ricovero, non contemplati nello stesso.

Il questionario potrà essere consegnato, **anche chiuso**, nell'apposita cassetta per la corrispondenza, che si trova al piano terra, presso l'Ufficio Amministrazione.

Questionario

Qual'è il Suo grado di soddisfazione riguardo a:

	Alto	Medio	Basso	Insufficiente
- 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"/>
- Informazioni ricevute dai medici sulla malattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informazioni ricevute dal personale infermieristico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rispetto della riservatezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Orario delle visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Relazioni umane in Casa di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pulizia ed igiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tranquillità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rispetto del silenzio nelle ore di riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Qualità dei cibi e servizio dietetico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Grado di soddisfazione del ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informazioni ricevute al momento della dimissione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Efficienza amministrativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuali osservazioni:

Aspetti positivi

Aspetti da migliorare

Firma (non indispensabile) _____ Data _____