**<COSTUMER SATISFACTION**

Gentile Paziente vorremmo avere un parere sul suo grado di soddisfazione del ricovero, pertanto le chiediamo di rispondere alle seguenti domande:

**REPARTO DEGENZA:**

1. Che voto darebbe alla disponibilità ed all’accuratezza delle visite mediche?

 **1 2 3 4 5**

1. Come valuta la disponibilità e la professionalità del personale infermieristico?

 **1 2 3 4 5**

1. Che voto darebbe ai tempi di attesa alle chiamate infermieristiche?

 **1 2 3 4 5**

**SALA OPERATORIA:**

1. Come valuta la disponibilità, la professionalità e l’accuratezza del personale di sala operatoria?

 **1 2 3 4 5**

**REPARTO DI FISIOTERAPIA:**

1. Come valuta l’accuratezza, l’efficacia e la disponibilità delle terapiste e del trattamento riabilitativo?

**X**

 **1 2 3 4 5**

**ALTRI REPARTI:**

1. Che voto darebbe al servizio di accettazione?

 **1 2 3 4 5**

1. Ed a quello di radiologia?

**X**

 **1 2 3 4 5**

1. Come valuta la pulizia?

 **1 2 3 4 5**

1. Che voto darebbe alla qualità del nostro vitto?

 **1 2 3 4 5**

1. Che voto darebbe al comfort della nostra struttura?

 **1 2 3 4 5**

1. Che voto darebbe al grado di soddisfazione complessivo del suo ricovero?

 **1 2 3 4 5**

Quali suggerimenti si sentirebbe di dare per migliorare la qualità della nostra assistenza?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_