



Data di compilazione ____ / ____ / 2 0 1 ____

Il suo ricovero è avvenuto: ☐ d'urgenza ☐ programmato

Quanto è soddisfatto dei seguenti aspetti?

(indicare da 1 a 7)

da "per nulla soddisfatto"

a "molto soddisfatto"

	1	2	3	4	5	6	7
Tempi di attesa per ottenere il ricovero (tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso in ospedale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accoglienza ed informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto (orari per visite mediche, prelievi/terapie, visite parenti e ricevimento medici, identificazione dei responsabili di cure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspetti strutturali ed alberghieri (vitto, pulizia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza personale medico (disponibilità, cortesia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure a Lei prestate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rispetto della riservatezza personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizzazione dell'ospedale nel suo insieme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione (farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini, controlli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complessivamente quanto è soddisfatto della sua esperienza di ricovero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consiglierebbe ad altri questo ospedale? (da "assolutamente no" a "certamente sì")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informazioni personali: Sesso ☐ F ☐ M Età ____

Nazionalità ☐ Italiana ☐ Europea ☐ Extraeuropea

Scolarità ☐ Nessuna ☐ Scuola dell'obbligo ☐ Scuola superiore ☐ Laurea

SCRIVA SUL RETRO LE SUE OSSERVAZIONI

[illegible]