



### QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Compilato da  Parente  Ospite  Altro(indicare)

Signor (Facoltativo nome,cognome) \_\_\_\_\_

Reparto di riferimento

- Altea
- Betulla
- Carlina
- Damiana
- Centro Diurno Integrato

Per contribuire al miglioramento del servizio offerto, barrando la valutazione che ritengo più appropriata, **GIUDICO** le voci di seguito elencate

<b>Cortesia, disponibilità e professionalità del personale</b>	<b>Ottimo</b>	<b>Buono</b>	<b>Discreto</b>	<b>Suff.</b>	<b>Insuff.</b>
- Medico					
- Infermieristico					
- Riabilitativo					
- Ausiliario socio-assistenziale					
- Educativo					
- Psicologo					
- Direzione					
<b>Orari e qualità dei servizi igienico-sanitari</b>					
<b>Informazioni di natura clinica</b>					
<b>Informazioni di natura assistenziale</b>					
<b>Informazioni ricevute all'accoglienza</b>					
<b>Orari e modalità del servizio pasti</b>					
<b>Qualità del cibo</b>					
<b>Comfort della camera e dei bagni</b>					
<b>Spazi a disposizione</b>					
<b>Servizio lavanderia</b>					
<b>Servizio di pulizia</b>					
<b>Servizio amministrativo</b>					
<b>Servizio di cura della persona ( parrucchiere, callista)</b>					
<b>Giudizio complessivo</b>					

Annotazioni e suggerimenti

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_