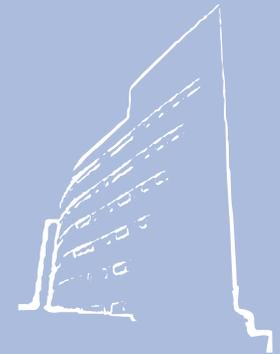


Casa di cura **Bernardini**

Via Scoglio del Tonno, 64
74100 - Taranto



QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO

Gent.ma Signora, Egregio Signore,

La preghiamo di prestare attenzione al seguente "questionario" che Le richiediamo di compilare allo scopo di avere le sue valutazioni circa la qualità dei servizi.

Il questionario può essere imbucato nell'apposita cassetta collocata presso il centralino sito al primo piano, oppure, se crede, può fare riferimento alla Caposala di reparto. Le precisiamo, altresì, che il questionario è anonimo e la Sua collaborazione è per noi estremamente importante, poiché ci permette di raccogliere informazioni e suggerimenti utili per rispondere in modo sempre più efficace alle Vostre esigenze.

La ringraziamo per l'attenzione e la collaborazione.

La Direzione Generale

RingraziandoLa per la collaborazione si precisa che per eventuali Sue segnalazioni, suggerimenti, elogi e/o reclami potrà rivolgersi a:
Ufficio Relazioni con il Pubblico
al primo piano della Casa di Cura.

Orario di apertura dal Lunedì al Venerdì
dalle ore 10 alle ore 11
Tel. 099/7728896 - Fax 099/7728896
e-mail: bernardinita@tiscalinet.it
website: www.bernardini-ta.it

In quale reparto è stato ricoverato?

.....

.....

Come valuta l'Assistenza Infermieristica per:	OTTIMO	BUONO	SUFFICIENTE	INSUFFICIENTE
Chiarezza delle informazioni				
Attenzione alle Sue esigenze				
Tempestività di risposta alle Sue richieste				
Disponibilità				

Come valuta l'Assistenza Medica per:	OTTIMO	BUONO	SUFFICIENTE	INSUFFICIENTE
Informazioni cure e decorso malattia				
Informazioni sulla diagnosi				
Attenzione alle Sue esigenze				
Tempestività di risposta alle Sue richieste				
Disponibilità				

Come valuta il Confort e i Servizi Vari:	OTTIMO	BUONO	SUFFICIENTE	INSUFFICIENTE
Orario e organizzazione delle visite				
Atmosfera di reparto				
Tipo di relazioni umane nel reparto				
Pulizia del reparto				
Pulizia e igiene dei servizi igienici del reparto				
Ambiente e confort (arredo, tranquillità, ecc.)				
Telefoni, distributori automatici di bevande, generi di prima necessità, ecc				

Come valuta il Vitto	OTTIMO	BUONO	SUFFICIENTE	INSUFFICIENTE
Presentazione				
Quantità				
Qualità				
Orario dei pasti				

Grado di soddisfazione del Suo ricovero				
Come valuta il tempo di attesa per il ricovero? Indicare il n° dei giorni <input type="text"/>				