



SCHEDA DI SODDISFAZIONE UTENZA

Gentile Signora/e,

Le chiediamo cortesemente di esprimere la sua opinione e ogni altro suggerimento che può esserci utile per migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera ricevuta.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario verranno trattati osservando ogni cautela sulla riservatezza e Lei non potrà essere identificata/o in alcun modo.

Nel riferire le Sue valutazioni sull'assistenza ricevuta faccia riferimento **all'ultima volta** in cui Lei è stata ricoverata.

Metta **una croce (x) nella casella** che si avvicina di più al suo modo di vedere.

Dia una sola risposta.

La presente scheda va consegnata all'Ufficio Relazione con il Pubblico (URP).

Grazie per la collaborazione.

CHI COMPILA IL QUESTIONARIO

PAZIENTE RICOVERATO

A

Numero giorni di ricovero

FAMILIARE O ALTRA PERSONA

B

Sesso

Maschio

Età

Femmina

Grado di istruzione

Nessuna scuola

Scuola media superiore

Scuola elementare

Laurea

Scuola media

Altro _____

