

Per migliorare la qualità dell'assistenza del Suo familiare chiediamo la Sua opinione su alcuni aspetti relativi ai servizi ricevuti. Le assicuriamo che le risposte rimarranno anonime.

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco soddisfatto	Insoddisfatto
1. Cortesia ed efficienza nei primi contatti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Chiarezza e completezza delle informazioni circa l'organizzazione dell'assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Qualità dell'assistenza medico-sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Qualità dell'assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Adeguatezza delle informazioni sanitarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Qualità ed efficienza del sostegno da parte del personale nell'affrontare la malattia del Suo familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Qualità ed efficienza del servizio di fornitura farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Efficienza della tutela della riservatezza e degli aspetti legati alla privacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Efficienza globale relativamente all'assistenza resa al paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Soddisfazione globale relativamente al sostegno della Famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il questionario è stato compilato in data ___ / ___ / ____

Suggerimenti / osservazioni
