



Gent.mo\ma Signor\sa

Le chiediamo di compilare il presente questionario al fine di valutare la qualità del servizio erogata e identificare gli ambiti di miglioramento dello stesso. Le ricordiamo che la compilazione è facoltativa ma **la Sua opinione per noi è fondamentale**. Può inoltrare il presente questionario tramite mail a adi2@fondazionegaetanopieraborghi.it oppure consegnarlo in busta chiusa all'operatore oppure inviarlo in busta chiusa a Fondazione Gaetano e Piera Borghi, Via Petrarca n. 33 – 21020 Brebbia (VA) oppure tramite fax al numero 0332 – 971335.

Data ___ / ___ / _____ compilato da Utente Familiare Caregiver Genere M F

N	AREA	DOMANDA	LIVELLO DI SODDISFAZIONE			
			PER NULLA	POCO	BUONO	MOLTO
1	Informativa	E' soddisfatta\o delle informazioni ricevute sul servizio?				
2	Medica	E' soddisfatta\o dell'assistenza medica (ove presente)?				
3	Infermieristica	E' soddisfatta\o dell'assistenza infermieristica (ove presente)?				
4	Riabilitativa	E' soddisfatta\o dell'assistenza fisioterapica (ove presente)?				
5	Educativa	E' soddisfatta\o dell'assistenza educativa (ove presente)?				
6	Assistenziale	E' soddisfatta\o dell'assistenza ASA\OSS (ove presente)?				
7	Organizzativa	E' soddisfatta\o delle modalità di erogazione del servizio				
8	Relazionale	E' soddisfatta\o nel complesso della relazione instaurata durante il servizio?				

SPAZIO PER CONSIDERAZIONI PERSONALI – SUGGERIMENTI
