

Gent.mo/ma Signor/a,

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 seguente questionario tramite e-mail a [adilombardia@medicair.it](mailto:adilombardia@medicair.it) oppure consegnarlo in busta chiusa all'operatore.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ compilato da  Utente  Familiare  Caregiver      Genere  M  F

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

SPAZIO PER CONSIDERAZIONI PERSONALI – SUGGERIMENTI

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---