

Nome: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Entrevistado: () Paciente () Acompanhante () Visitante

Prezado Usuário,
Marque um X na coluna correspondente ao seu grau de satisfação.

			
Ótimo	Bom	Regular	Ruim

				
Como você avalia o atendimento da recepção/portaria?				
Como você avalia a higienização e limpeza do hospital?				
Como você avalia a roupa de cama oferecida?				
Como você avalia a qualidade da alimentação?				
Como você avalia o serviço das copeiras?				
Como você avalia o atendimento da equipe de enfermagem?				
Como você avalia o atendimento no Centro cirúrgico?				
Como você avalia o atendimento dos médicos?				
Como você avalia a estrutura física do hospital?				
De uma forma geral, qual a sua satisfação com o hospital?				

Nome: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Entrevistado: () Paciente () Acompanhante () Visitante

Prezado Usuário,
Marque um X na coluna correspondente ao seu grau de satisfação.

			
Ótimo	Bom	Regular	Ruim

				
Como você avalia o atendimento da recepção/portaria?				
Como você avalia a higienização e limpeza do hospital?				
Como você avalia a roupa de cama oferecida?				
Como você avalia a qualidade da alimentação?				
Como você avalia o serviço das copeiras?				
Como você avalia o atendimento da equipe de enfermagem?				
Como você avalia o atendimento no Centro cirúrgico?				
Como você avalia o atendimento dos médicos?				
Como você avalia a estrutura física do hospital?				
De uma forma geral, qual a sua satisfação com o hospital?				

