

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO SULLE ATTIVITÀ DI “PATIENT EDUCATION”

Le chiediamo di compilare cortesemente questo breve questionario, indicando la sua opinione riguardo alle attività di “Patient Education” presenti in questo Istituto.

DATA DI COMPILAZIONE: __ __ / __ __ / __ __ __ __

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

1. Come valuta l'esperienza vissuta?

Sono possibili fino a due risposte

- | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> interessante | <input type="checkbox"/> piacevole | <input type="checkbox"/> divertente | <input type="checkbox"/> utile |
| <input type="checkbox"/> insignificante | <input type="checkbox"/> sgradevole | <input type="checkbox"/> noiosa | <input type="checkbox"/> inutile |

2. Indichi il grado di gradimento per l'attività svolta?

Una valutazione pari a 0 indica un giudizio negativo, una valutazione pari a 10 indica un ottimo giudizio; può scegliere anche delle valutazioni intermedie.

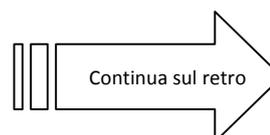


3. Consiglierebbe a qualcun altro di partecipare a questa attività?

- SI, perché _____
- _____
- NO, perché _____
- _____

4. Pensa di partecipare nuovamente a questa o ad altre attività?

- SI, perché _____
- _____
- NO, perché _____
- _____





QUESTIONARIO DI GRADIMENTO SULLE ATTIVITÀ DI “PATIENT EDUCATION”

DATI PERSONALI

I dati da Lei inseriti resteranno strettamente anonimi e verranno utilizzati esclusivamente per fini statistici.

1. **SESSO:** M F

2. **ETÀ:** _____

3. **Indichi cortesemente se lei è:** paziente accompagnatore/parente

4. **Scolarità:**

Licenza elementare	<input type="checkbox"/>
Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/>
Licenza media superiore	<input type="checkbox"/>
Laurea	<input type="checkbox"/>