

# PESQUISA E SATISFAÇÃO (Hospitais)

INFORMAÇÕES PESSOAIS (Opcional)

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outros: \_\_\_\_\_

ANÔNIMO ( )

*\* Indica uma pergunta obrigatória*

---

Sua opinião é importante para nós!

Contribua respondendo as perguntas a seguir:

1. Qual setor você foi atendido (a)? \*

\_\_\_\_\_

2. Você é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

Paciente

Acompanhante

3. 1) Como você avalia o atendimento da Recepção? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Ótimo

Bom

Regular

Ruim

Não utilizou

## 4. 2) Como você avalia o atendimento da Enfermagem? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não utilizou

## 5. 3) Como você avalia o atendimento Médico? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não utilizou

## 6. 4) Classifique as refeições oferecidas: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não utilizou

7. 5) Como você avalia a Limpeza/ Higiene em nosso hospital? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não utilizou

8. 6) Como você avalia o serviço de hotelaria em nosso hospital? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não utilizou

9. 7) No geral, qual o nível de satisfação com o nosso hospital? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim

10. 8) Você recomendaria o nosso serviço para um familiar ou amigo? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

11. Registre aqui comentários e sugestões ?

---

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

