

GRADIMENTO DEL PAZIENTE ALL'INFORMAZIONE RICEVUTA

AZIENDA/USL OSPEDALE DI

UNITA' OPERATIVA DI Direttore: Prof/Dott.....

PAZIENTE: Data:.....

1) Ritiene che le informazioni ricevute precedentemente all'atto della richiesta di "Consenso informato all'atto medico" siano state adeguate e soddisfacenti in termini di chiarezza, comprensibilità e completezza?

SI

NO

2) Ritiene che il trattamento ricevuto sia stato adeguato alle sue aspettative ed a quanto proposto dall'Equipe medica?

SI

NO

Eventuali Osservazioni:

Firma del/la paziente

.....