







AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE.




Sua opinião é muito importante para nós.

1) Você gostaria de receber atendimento de fisioterapia durante a internação?
() sim
() não
() somente posteriormente à internação




2) Como você avaliaria o nosso atendimento.

a) Cordialidade
  
Ótimo Bom Regular

b) Orientações sobre cuidados e tratamento oferecido pela fisioterapia
  
Ótimo Bom Regular




c) Cuidados com higiene
  
Ótimo Bom Regular

3) Como você avaliaria o atendimento fisioterapêutico.

  
Ótimo Bom Regular

4) Você vem observando melhora ou bem-estar com a fisioterapia?
() Completamente
() Parcialmente
() Não resolvido

5) Nós atendemos às suas expectativas?
() Sim () Não

6) Como você avaliaria os nossos serviços administrativos?
  
Ótimo Bom Regular

Sugestões:
