

QUESTIONARIO DI VERIFICA ASSISTENZA DOMICILIARE

CLIENTE	
COMMESSA	

COMPITI PREVISTI	
SOSTEGNO E ACCUDIENZA	
IGIENE ALLA PERSONA	
BAGNO ASSISTITO	
PREPARAZIONE PASTI	
ASSISTENZA ALL'ESTERNO	
PULIZIA CAMERA DA LETTO	
PULIZIA SERVIZI IGIENICI	
LAVAGGIO E STIRATURA	
ALTRO	

QUALITÀ DEL SERVIZIO	
PUNTUALITÀ	
CONTINUITÀ DEL SERVIZIO	
RISPETTO DIGNITÀ, INTIMITÀ, PUDORE	
PAZIENZA, CORTESIA, PREMURA	
CHIAREZZA DI COMUNICAZIONE CON LA COOPERATIVA	
PRONTEZZA A RICHIESTE DIVERSE	

NOTE E OSSERVAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO

VERIFICA DEL: _____
REFERENTE/FAMILIARE SIG.: _____
RICEVUTO DA: _____

VISTO DIR: _____