

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE SUI SERVIZI

DATA _____

Gentile Signora, gentile Signore,

siamo interessati a conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto presso la nostra Struttura, poiché, grazie alle sue indicazioni, potremo migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni che offriamo.

Per questa ragione Le chiediamo cortesemente di compilare il questionario che potrà essere rilasciato anche in forma anonima. Le domande non sono obbligatorie, potrà rispondere a quelle che ritiene opportune.

La ringraziamo anticipatamente per la Sua disponibilità, la Sua collaborazione e per la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere e Le chiediamo, una volta compilato il questionario, di inserirlo nell'apposita cassetta o di consegnarlo al personale di segreteria, che è sempre a disposizione per qualsiasi necessità.

La Direzione

Indichi con una **X** la Sua valutazione:

COME VALUTA GLI AMBIENTI E LA FACILITÀ AD ORIENTARSI	1 Scarso	2 Sufficiente	3 Discreto	4 Buono	5 Ottimo
Chiarezza dei percorsi interni alla struttura					
Pulizia e igiene degli ambienti					
Tranquillità e confort degli ambienti					
Riservatezza degli ambienti					
COME VALUTA I SERVIZI DI SEGRETERIA	1 Scarso	2 Sufficiente	3 Discreto	4 Buono	5 Ottimo
Servizio di prenotazione					
Cortesia e professionalità					
Chiarezza e precisione delle informazioni					
Capacità di soddisfazione delle richieste					
Rispetto della privacy					
COME VALUTA I SERVIZI MEDICI/SANITARI	1 Scarso	2 Sufficiente	3 Discreto	4 Buono	5 Ottimo
Cortesia e disponibilità all'ascolto					
Competenza e professionalità					
Chiarezza delle informazioni cliniche ricevute					
Qualità complessiva della visita					
Qualità complessiva del trattamento riabilitativo eseguito					
Rispetto degli orari					
Rispetto della privacy					
COME VALUTA COMPLESSIVAMENTE POLIMEDICA	1 Scarso	2 sufficiente	3 discreto	4 buono	5 ottimo
Qualità globale del servizio					
Grado di soddisfazione complessivo					

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE SUI SERVIZI

Chi è il Medico che l'ha visitata? _____

Chi è il Personale Sanitario che ha erogato la prestazione? _____

Chi è il Fisioterapista di riferimento per la riabilitazione? _____

Come ha conosciuto la nostra struttura?

- Me l'ha consigliata il Medico di base
- Me l'hanno consigliata amici/famigliari
- Conosco gli operatori e ho fiducia in loro
- Attraverso il sito web/social
- Altro _____

Raccomanderebbe la nostra struttura ai Suoi amici e/o familiari? sì no

Ritiene sia opportuno apportare dei miglioramenti in questa Struttura? sì no

Se sì, quali sono gli aspetti che andrebbero migliorati?

Cosa l'ha maggiormente soddisfatta?

Cosa non è stato all'altezza della Sue aspettative?

Nome e Cognome (facoltativo): _____

Firma (facoltativa): _____