

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DELL' ASSISTENZA AMBULATORIALE

Gentile Signore/Signora,

allo scopo di offrire un servizio sempre migliore, chiediamo la Sua collaborazione, e la invitiamo a rispondere alle domande del breve questionario che segue.

La preghiamo di indicare con una crocetta le opzioni da Lei scelte, e di restituire il questionario al ritiro dei suoi referti.

Grazie per la collaborazione.





La Direzione

LA PREGHIAMO DI RISPONDERE ALLE SEGUENTI DOMANDE PER AIUTARCI A MIGLIORARE IL SERVIZIO

SEZIONE I: ANAGRAFICA

- Potrebbe indicarci la fascia di età a cui appartiene? 0-19 20-39 40-59 > 60
- Sesso? Donna Uomo
- Potrebbe indicarci a quali di queste categorie appartiene? Disoccupato Studente Impiegato / Lav. Autonomo Pensionato
- Potrebbe indicarci l'ultimo titolo di studio conseguito? Scuola Elementare Scuola Media Inf. Scuola Media Sup. Laurea
- Potrebbe indicarci per quale ragione si trova presso la nostra struttura? Paziente Accompagnatore

SEZIONE II: VALUTAZIONE DEL SERVIZIO AMBULATORIALE

				
	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
Servizio di prenotazione telefonica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizio di prenotazione allo sportello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi Accettazione/Amministrativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni ricevute al momento della prenotazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comfort delle Sale di attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizzazione dei servizi ambulatoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni ricevute dai medici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni ricevute dagli infermieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia Sala di attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalizzazione dell'assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orario e organizzazione delle visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulla base della sua esperienza, consiglierebbe questa Casa di Cura a conoscenti nelle sue stesse condizioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE III: COMMENTI IN DETTAGLIO

Esprima a parole sue dei commenti e suggerimenti al nostro servizio:

Aspetti Positivi:

Aspetti Negativi:
