

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI DI DIAGNOSTICA E AMBULATORI

Gentile Signore /a,

*siamo interessati a conoscere in che misura il nostro servizio **ha soddisfatto** le Sue aspettative e di come può essere migliorato.*

Il questionario che Le proponiamo è anonimo e verrà analizzato da personale esterno al reparto unicamente a scopi statistici.

*Le garantiamo pertanto la **massima riservatezza**. Per rispondere Le occorreranno **pochi minuti**.*

Prima di lasciare il nostro centro potrà imbucare il questionario nella cassetta situata in sala d'attesa.

Le siamo grati per la collaborazione.

La Direzione



I. Informazioni preliminari

1.1. Data di compilazione: _____

1.2. Il questionario viene compilato:

senza l'aiuto di altre persone

con l'aiuto di un familiare/conoscente

con l'aiuto di un operatore

1.3. Prestazioni richieste:

Risonanza magnetica TAC

Ecografie

Mammografia

RX

MOC

Ortopantomografia

Fibroscan

2. Qualche notizia su di lei

2.1. Sesso: Maschio Femmina

2.2. Et :

2.3. Nazionalit : Italiana Estera

2.4. Scolarit : nessuna

scuola dell'obbligo

scuola superiore

laurea/altro titolo universitario

3. Accettazione amministrativa

3.1. Quanto   soddisfatto del **tempo che ha dovuto attendere allo sportello?**

Molto soddisfatto

Soddisfatto

Poco soddisfatto

Insoddisfatto

3.2. Quanto   soddisfatto dell'**attenzione e cortesia dell'operatore con cui ha parlato?**

Molto soddisfatto

Soddisfatto

Poco soddisfatto

Insoddisfatto

3.3. Complessivamente quanto   soddisfatto del **servizio di accettazione?**

(comfort della sala d'attesa, attesa allo sportello, attenzione e cortesia dell'operatore, informazioni ricevute, ecc.)

Molto soddisfatto

Soddisfatto

Poco soddisfatto

Insoddisfatto

3.4. Quanto   soddisfatto del **tempo di attesa per la prenotazione?**

Molto soddisfatto

Soddisfatto

Poco soddisfatto

Insoddisfatto

3.5. Quanto   soddisfatto del **servizio di prenotazione telefonica?**

Molto soddisfatto

Soddisfatto

Poco soddisfatto

Insoddisfatto

3.6. Quanto   soddisfatto del **tempo di attesa per la refertazione?**

Molto soddisfatto

Soddisfatto

Poco soddisfatto

Insoddisfatto

3.7. Quanto   soddisfatto del **tempo di risposta per reclami/solleciti?**

Molto soddisfatto

Soddisfatto

Poco soddisfatto

Insoddisfatto

3.8. Come valuta gli **orari di apertura** della struttura?

Molto soddisfatto

Soddisfatto

Poco soddisfatto

Insoddisfatto

4. Assistenza

4.1. Come Valuta il grado di professionalit  del seguente personale?

Medici

Molto soddisfatto

Soddisfatto

Poco soddisfatto

Insoddisfatto

Tecnici/Paramedici

Molto soddisfatto

Soddisfatto

Poco soddisfatto

Insoddisfatto

