

**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI**

DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ (campo obbligatorio, Grazie!)

Ha usufruito del seguente SERVIZIO AMBULATORIALE	Come ha prenotato	<input type="checkbox"/> Usufruisco <input type="checkbox"/> ho usufruito del seguente SERVIZIO	Chi mi ha suggerito il servizio
<input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA	<input type="checkbox"/> Telefonicamente (1)	<input type="checkbox"/> RSA reparto 1B	<input type="checkbox"/> Medico di Base
<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> Allo sportello CUP (2)	<input type="checkbox"/> RSA reparto 2B	<input type="checkbox"/> Medico Ospedale
<input type="checkbox"/> OCULISTA	<input type="checkbox"/> Tramite Internet (3)	<input type="checkbox"/> RSA reparto 2A	<input type="checkbox"/> Assist. Sociale
<input type="checkbox"/> FISIATRIA <input type="checkbox"/> ONDE D'Urto	<input type="checkbox"/> Altro (4)	<input type="checkbox"/> RSA reparto Mansarda	<input type="checkbox"/> ASL
<input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> Non lo so (5)	<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE	<input type="checkbox"/> Conoscenti
<input type="checkbox"/> RADIOLOGIA <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA	<input type="checkbox"/> Nessuna prenotazione	<input type="checkbox"/> STATI VEGETATIVI	<input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> ODONTOIATRIA	<input type="checkbox"/> <b>IN CONVENZIONE</b>	<input type="checkbox"/> ADI (Assist. domiciliare)	
<input type="checkbox"/> MEDICINA SPORT	<input type="checkbox"/> <b>PRIVATO</b>		

**Date alle seguenti voci, la valutazione da 1 a 5 apponendo una crocetta sul valore desiderato:**

1(per nulla soddisfatto). 2 (poco soddisfatto), 3 (soddisfatto così così), 4 (abbastanza soddisfatto), 5(molto soddisfatto). Barrare la voce 7 se non si utilizza il servizio, e 6 se non sapete cosa rispondere

D02	Servizio di prenotazione (orario apertura, attesa al telefono. Cortesia degli operatori, informazioni ricevute)	1	2	3	4	5	6	7	
D03	Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione/ricovero	1	2	3	4	5	6	7	
D04	Servizio di accettazione amministrativa e/o servizio pagamento (cortesia degli operatori, informazioni ricevute)	1	2	3	4	5	6	7	
D05	Accessibilità, comfort e pulizia ambienti	1	2	3	4	5	6	7	
D06	Rispetto degli orari	1	2	3	4	5	6	7	
D07	Attenzione ricevuta dal personale medico (accuratezza della visita, cortesia)	1	2	3	4	5	6	7	
D08	Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute	1	2	3	4	5	6	7	
D09	Attenzione ricevuta dal personale (accuratezza, cortesia, informazioni): <input type="checkbox"/> Infermieristico <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Fisioterapista <input type="checkbox"/> di supporto	1	2	3	4	5	6	7	
D10	Rispetto della riservatezza personale	1	2	3	4	5	6	7	
D11	Complessivamente quanto è soddisfatto del nostro servizio?	1	2	3	4	5	6	7	
D12	Consiglierebbe ad altri questa struttura?	1	2	3	4	5	6	7	
D13	Sesso	1	Maschio						
		2	femmina						
D14	Età in anni (da 0 a 100)								
D15	Scolarità	1	Nessuna						
		2	Scuola obbligo						
		3	Scuola superiore						
		4	Laurea o altro titolo universitario						
D16	Nazionalità	1	Italiana						
		2	Europea						
		3	Extra-europea						
Eventuali osservazioni e/o suggerimenti (utilizzare pure anche il retro del foglio). GRAZIE!									

Si prega il gentile utente di voler compilare il presente questionario in ogni sua parte una volta usufruito della prestazione, al fine di valutare e perfezionare il servizio offerto al cittadino.

Grazie per la collaborazione!

Il Direttore del Centro  
Don Ugo Dei Cas