



La Direzione della Casa di Cura desidera conoscere le sue opinioni ed osservazioni sull'assistenza ricevuta al fine di apportare eventuali miglioramenti alla qualità del nostro servizio. La preghiamo quindi di compilare il presente questionario esprimendo in piena libertà il Suo giudizio.
Potrà depositare il questionario compilato nell'apposita cassetta.

Mese/anno di visita _____

Prima visita SI NO

Età: _____ Sesso: _____

***(1 stella molto insoddisfatto; 2 stelle insoddisfatto; 3 stelle né soddisfatto né insoddisfatto; 4 stelle soddisfatto; 5 stelle molto soddisfatto)**

<u>FATTORE DELLA QUALITA'</u> <u>AMBULATORIO</u>	VALUTAZIONE GRADIMENTO DA 1 A 5 STELLE*
<i>COSA NE PENSA RISPETTO A:</i>	
- Servizio di prenotazione telefonico / sportello	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
- Servizi di accettazione - amministrativi	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
- Informazioni ricevute al momento della prenotazione	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
- Comfort della sala di attesa	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
- Rispetto degli orari previsti	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
- Gentilezza e disponibilità degli operatori	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
- Pulizia ed igiene nelle sale e ambulatori	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
- Professionalità del personale nella prestazione ricevuta	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
- Rispetto della privacy e tutela dei dati	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
- Grado di soddisfazione generale	☆ ☆ ☆ ☆ ☆

Eventuali osservazioni: