

## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

**N.B.** Per ogni domanda apporre la croce su ***un solo quadratino di risposta***  
(laddove possibile è lasciata la facoltà di più risposte)

**Il questionario viene compilato** in data      --/--/--

1.  dall'utente
2.  con l'aiuto di familiari o conoscenti
3.  con l'aiuto di un operatore
4.  da un intervistatore esterno in ambulatorio

**e poi riconsegna**

1.  riconsegnato agli operatori
2.  deposto nell'apposita cassetta di raccolta

**Tipo di somministrazione del questionario:**

1.  compilato nell'attesa della prestazione ambulatoriale
2.  compilato dopo la prestazione ambulatoriale
4.  altro \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI GENERALI

**Sesso**      1.  maschio      2.  femmina      **Età in anni** \_\_\_\_\_  
**Nazionalità**      1.  italiana      2.  straniera  
**Scolarità**      1.  scuola obbligo      2.  sc. superiore      3.  laurea/altro titolo

### PRENOTAZIONE

SI	NO
----	----

E' stato semplice prenotare ?

1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

Questo appuntamento ha subito qualche spostamento di data?

1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

**Se sì**, Quante volte è stato spostato ? N° = |\_\_|

Le hanno spiegato bene il motivo dello slittamento ?

1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

## PRENOTAZIONE TELEFONICA

Risponda alla seguente domanda solo se ha fatto o tentato di fare la prenotazione per telefono

### E' SODDISFATTO DELLA PRENOTAZIONE TELEFONICA?

(ORARIO, CORTESIA DEGLI OPERATORI, TEMPO PER PRENDERE LA LINEA, ecc.)

Per nulla Soddifatto 1. <input type="checkbox"/>	Poco Soddifatto 2. <input type="checkbox"/>	Soddifatto 3. <input type="checkbox"/>	Molto Soddifatto 4. <input type="checkbox"/>	
---	--	---	---	--

## SERVIZIO DI RECEPTION

### E' SODDISFATTO DEL SERVIZIO DI RECEPTION ?

(PRIVACY, SPIEGAZIONI , INFORMAZIONI TELEFONICHE e/o VERBALI, ATTESA AL DESK )

Per nulla Soddifatto 1. <input type="checkbox"/>	Poco Soddifatto 2. <input type="checkbox"/>	Soddifatto 3. <input type="checkbox"/>	Molto Soddifatto 4. <input type="checkbox"/>	
---	--	---	---	--

## SERVIZIO GENERALE

### E' SODDISFATTO DELL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI?

(CONFORT, CORTESIA, ACCESSO AL DESK INFORMAZIONI, RISPETTO PRIVACY Ecc.)

Per nulla Soddifatto 1. <input type="checkbox"/>	Poco Soddifatto 2. <input type="checkbox"/>	Soddifatto 3. <input type="checkbox"/>	Molto Soddifatto 4. <input type="checkbox"/>	
---	--	---	---	--

(ACCESSI, SALA DI ATTESA, PULIZIA, ECC. )

Per nulla Soddifatto 1. <input type="checkbox"/>	Poco Soddifatto 2. <input type="checkbox"/>	Soddifatto 3. <input type="checkbox"/>	Molto Soddifatto 4. <input type="checkbox"/>	
---	--	---	---	--

### **SULLA BASE DELLA SUA ESPERIENZA CONSIGLIEREBBE QUESTO CENTRO AD ALTRI ASSISTITI SUOI CONOSCENTI?**

Assolutamente NO <input type="checkbox"/>	Probabilmente <input type="checkbox"/>	Probabilmente <input type="checkbox"/>	Assolutamente <input type="checkbox"/>	
--	---	---	---	--

**E' SODDISFATTO DEL PERSONALE MEDICO/SANITARIO  
PER GLI ASPETTI DI SEGUITO RIPORTATI?**

SI

NO

**PROFESSIONALITA'**



**DISPONIBILITA' ALL'ASCOLTO**

Per nulla Soddisfatto 1. <input type="checkbox"/>	Poco Soddisfatto 2. <input type="checkbox"/>	Soddisfatto 3. <input type="checkbox"/>	Molto Soddisfatto 4. <input type="checkbox"/>	/
--	---	--	--	---

**INFORMAZIONI MEDICO SANITARIE RICEVUTE :**

➤ Accertamenti necessari - Diagnostica - Rischi legati a cure e/o interventi

Per nulla Soddisfatto 1. <input type="checkbox"/>	Poco Soddisfatto 2. <input type="checkbox"/>	Soddisfatto 3. <input type="checkbox"/>	Molto Soddisfatto 4. <input type="checkbox"/>	/
--	---	--	--	---

**TEMPO DEDICATO ALLE SPIEGAZIONI**

Per nulla Soddisfatto 1. <input type="checkbox"/>	Poco Soddisfatto 2. <input type="checkbox"/>	Soddisfatto 3. <input type="checkbox"/>	Molto Soddisfatto 4. <input type="checkbox"/>	/
--	---	--	--	---

**PUNTUALITA'**

SI

NO



**COME VALUTA LE INFORMAZIONI SUL SUO STATO DI SALUTE E SULLE CURE PRESTATE?**

Per nulla Soddisfatto 1. <input type="checkbox"/>	Poco Soddisfatto 2. <input type="checkbox"/>	Soddisfatto 3. <input type="checkbox"/>	Molto Soddisfatto 4. <input type="checkbox"/>	/
--	---	--	--	---

**COME CONSIDERA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI PERSONALI “ MEDICO SANITARIE” ?**

Per nulla Soddisfatto 1. <input type="checkbox"/>	Poco Soddisfatto 2. <input type="checkbox"/>	Soddisfatto 3. <input type="checkbox"/>	Molto Soddisfatto 4. <input type="checkbox"/>	
--	---	--	--	--

**SERVIZI AGGIUNTIVI**

Quali ulteriori servizi gradirebbe trovare presso il poliambulatorio?

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE GLOBALE**

**QUALI ASPETTI DELL'INTERO SERVIZIO OFFERTO DEL POLIAMBULATORIO CASAGIT CONSIDERA DA MIGLIORARE? (sono possibili al massimo 3 risposte)**

ORGANIZZAZIONE ED EFFICIENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMAZIONI E COMUNICAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATTENZIONE AL PAZIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISERVATEZZA E PRIVACY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROFESSIONALITA'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EVENTUALI COMMENTI**

**(Per una migliore lettura e raccolta delle informazioni è gradita la compilazione in stampatello)**


*Grazie per la collaborazione*

La Direzione