



Questionario di Gradimento dei Servizi

Allegato 2
Revisione 1
del 25/03/2023

Gentile signora, Gentile signore,
siamo interessati a conoscere la sua opinione rispetto al servizio offerto nel nostro Centro.
Le Sue indicazioni ci aiuteranno a fornire un servizio migliore.
Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario.
Non è richiesta l'indicazione del nome affinché sia garantita la riservatezza.
Le chiediamo di rispondere a tutti i quesiti, poiché ciascuna valutazione espressa per noi è importante.

La Direzione

.....
Genere:

Maschio	Femmina
---------	---------

Età:

Meno di 40 anni	Tra 40 e 60 anni	Più di 60 anni
-----------------	------------------	----------------

Grado di istruzione:

Elementare	Media inferiore	Media superiore	Laurea
------------	-----------------	-----------------	--------

Per ognuno dei seguenti aspetti può dare un giudizio barrando la casella corrispondente alla Sua valutazione:

1: Pessimo 2: Insoddisfacente 3: Soddisfacente 4: Buono 5: Ottimo

Come valuta:	1	2	3	4	5
Accuratezza delle visite e delle prestazioni mediche	<input type="checkbox"/>				
Comfort degli ambienti (ambulatori, sale di attesa, ecc.)	<input type="checkbox"/>				
Competenza e sicurezza mostrata nell'effettuare la prestazione	<input type="checkbox"/>				
Completezza delle informazioni ricevute	<input type="checkbox"/>				
Cortesia e disponibilità da parte dei medici	<input type="checkbox"/>				
Cortesia e disponibilità da parte del personale infermieristico	<input type="checkbox"/>				
Cortesia e disponibilità da parte del personale di segreteria	<input type="checkbox"/>				
Disponibilità al dialogo e a fornire informazioni	<input type="checkbox"/>				
Facilità a reperire informazioni	<input type="checkbox"/>				
Igiene e pulizia degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, servizi igienici, ecc.)	<input type="checkbox"/>				

La invitiamo ad indicare eventuali Sue osservazioni e/o suggerimenti per migliorare la nostra attività:

.....

.....