

Gentile Utente, La invitiamo cortesemente a rispondere alle seguenti domande per aiutarci a migliorare l'assistenza e la qualità del Nostro Servizio nei Suoi confronti. Barri il quadratino sotto l'espressione che meglio esprime la Sua opinione.

Età: _____ Sesso _____

CHE COSA PENSA RIGUARDO A:	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco soddisfatto	Insoddisfatto
Informazioni ricevute dal servizio!				
Informazioni diffuse relativamente ai servizi offerti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempi di attesa e accoglienza del Centro				
Aspetto della Struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orari ed organizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia dei locali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempo di attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competenza e cortesia del personale				
Cortesia, professionalità ed assistenza ricevuta dal personale di segreteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità, professionalità e competenza dimostrata dal personale sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prontezza e precisione nel soddisfare le richieste del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grado di soddisfazione				
Grado di soddisfazione "complessivo" circa la Qualità dei servizi offerti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggerimenti - Reclami

(Facoltativo: inserire contatti per la gestione del reclamo)

Data di compilazione _____