



QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

Gentile Signora/Egregio Signore,

il Suo contributo e le Sue osservazioni ci saranno di grande aiuto per migliorare il nostro Servizio e le prestazioni che esso offre ai pazienti. Il questionario è del tutto anonimo e dopo la compilazione potrà essere restituito consegnandolo nell'apposita cassetta al bancone della Reception. La Direzione La ringrazia per la collaborazione nel miglioramento dei nostri servizi.

Per la compilazione basta fare una crocetta sul numero che corrisponde alla risposta scelta.

Grazie per la collaborazione.

SESSO:

① Maschio

② Femmina

ETÀ':

_____ anni

PER QUALE MOTIVO SI E' RIVOLTO AL POLIAMBULATORIO SALUTE INTEGRATA?

(indicare la tipologia di prestazione o di trattamento)

HA PRESO VISIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI?

① Si

② No

COME GIUDICA L'ACCESSIBILITA' DEL POLIAMBULATORIO?

(riferirsi all'accessibilità fisica del Poliambulatorio, al comfort ed alla disponibilità di orari)

① Molto buona

② Buona

③ Sufficiente

④ Scarsa



POLIAMBULATORIO SALUTE INTEGRATA	QUESTIONARIO VALUTAZIONE SODDISFAZIONE	
	V 1.0 del 20/07/2023	pag. 2 di 2

COME GIUDICA L'INTEGRAZIONE TRA LE DIVERSE DISCIPLINE DI PRESTAZIONI E TRATTAMENTI?

(valutazione generale sul Poliambulatorio)

- ① Molto buona ② Buona ③ Sufficiente ④ Scarsa

COME GIUDICA LA PROFESSIONALITA' CLINICA E LA CAPACITA' DI COMUNICAZIONE DEI MEDICI SPECIALISTI DEL POLIAMBULATORIO?

- ① Molto buona ② Buona ③ Sufficiente ④ Scarsa

COME GIUDICA LA PROFESSIONALITA' E LA CAPACITA' DI COMUNICAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO DEL POLIAMBULATORIO?

- ① Molto buona ② Buona ③ Sufficiente ④ Scarsa

COME GIUDICA I TEMPI DI ATTESA PER ACCEDERE ALLE PRESTAZIONI ED ALLE TERAPIE DEL POLIAMBULATORIO?

- ① Molto buoni ② Buoni ③ Sufficienti ④ Scarsi

HA DEI SUGGERIMENTI CHE POSSANO AIUTARCI AD OFFRIRLE UN SERVIZIO MIGLIORE?

Data (facoltativa) _____