



SCHEDA VALUTAZIONE GRADO DI SODDISFAZIONE PAZIENTE

GENTILE PAZIENTE,

Si desidera conoscere la Sua opinione riguardo l'esperienza nel nostro Centro, il personale che vi opera ed i servizi che esso offre. Le Sue indicazioni, saranno molto utili, per capire quali sono i problemi esistenti e quali i possibili interventi per **migliorare la qualità** del Ns. servizio.

Il questionario che Le viene proposto è assolutamente **anonimo**; se desidera può firmarlo, mantenendo comunque il diritto alla massima riservatezza, così come disposto dalla L. 196/2003. Una volta compilata la scheda deve essere consegnata presso l'accettazione.

Informazioni sulla persona che risponde al Questionario

Sesso M F Et  _____ Professione _____ Data ___/___/___

	In che misura il Centro soddisfa questo aspetto del servizio?			
	Per niente	Poco	Abbastanza	Totalmente
1. Tempi di accettazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procedura di presentazione reclami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Informazioni sui servizi offerti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Disponibilit� del personale medico ed infermieristico a fornire informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Comfort delle aree di ricezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Misure di privacy adottate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cortesia e capacit� relazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chiarezza delle procedure amministrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Giudizio complessivo

Complessivamente, quanto   rimasto soddisfatto del servizio offerto?

Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quali sono, secondo lei, gli aspetti positivi del servizio offerto?

Quali sono, secondo lei, gli aspetti negativi del servizio offerto?

↓ Si tratta del primo appuntamento?

SI NO

In caso di bisogno, consiglierebbe il Centro ad altri?

SI NO

Data: _____

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE.