

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 dal GDPR n. 2016/679 (normativa sulla privacy). Una volta compilata la scheda deve essere consegnata presso l'accettazione.

Informazioni sulla persona che risponde al Questionario

Sesso M F Età _____ Professione _____ Data ____/____/____

	In che misura il Centro soddisfa questo aspetto del servizio?			
	Per niente	Poco	Abbastanza	Totalmente
1. Soddisfazione della velocità dei tempi di accettazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Semplicità della procedura di presentazione reclami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Soddisfazione informazioni sui servizi offerti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Disponibilità del personale medico a fornire informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Disponibilità del personale ostetrico a fornire informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Comfort delle aree di ricezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Comfort delle aree di degenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Soddisfazione delle misure di privacy adottate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cortesia e capacità relazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Chiarezza delle procedure amministrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Giudizio complessivo

Complessivamente, quanto è 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.