



## QUESTIONARIO VALUTAZIONE SODDISFAZIONE CLIENTI

<b>Al fine di migliorare il livello dei nostri servizi, La invitiamo a indicare il Suo livello di soddisfazione, relativamente alla prestazione ricevuta.</b>				<b>OTTIMO</b>	<b>BUONO</b>	<b>SUFFICIENTE</b>	<b>INSODDISFATTI</b>
<input type="checkbox"/> <b>Ambulatori</b>	<input type="checkbox"/> <b>Laboratorio e Radio diagn ostica</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dialisi</b>	<input type="checkbox"/> <b>Degenze</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Orario e giorni di apertura				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità di informazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilità di accesso alla Casa di Cura				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiarezza e completezza dei cartelli indicatori all'esterno della Casa di Cura				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiarezza e completezza della segnaletica e degli avvisi all'interno della Casa di Cura				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comfort della struttura della Casa di Cura (sala d'attesa, studi medici, sala prelievo, palestra...)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempi di attesa per l'esecuzione delle prestazioni sanitarie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rispetto dei tempi di consegna del referto (nel caso di esami diagnostici)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentilezza e cordialità del personale amministrativo della Casa di Cura				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionalità e competenza del personale Medico e infermieristico della Casa di Cura				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prontezza della Casa di Cura nel fornire informazioni e risposte alle Sue richieste e completezza risposte fornite				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Soddisfazione globale sulla Casa di Cura</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>È la prima volta che si rivolge alla Casa di Cura?</b>				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
<b>La raccomanderebbe ad altri di rivolgersi alla nostra Casa di Cura?</b>				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		



**DATA:**

**OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI:**

*Si ringrazia per la disponibilità dimostrata e per il tempo dedicato. La  
Direzione*