



**Poliambulatorio
SaluSanGiorgio**

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

*Gentile Paziente,
per poter rispondere sempre meglio alle esigenze dei nostri Pazienti, desideriamo raccogliere anche la Sua preziosa opinione in merito alla prestazione che ha richiesto al **Poliambulatorio SaluSanGiorgio** e che le è stata erogata.*

Le chiediamo cortesemente di rispondere alle seguenti domande, il Suo contributo ci sarà di grande aiuto per migliorare la nostra struttura e le prestazioni offerte.

Il Suo nome, la firma ed il recapito sono facoltativi e li potrà inserire solo se desidera avere una risposta diretta ad eventuali quesiti o reclami che intende porci; dopo averlo compilato potrà restituirlo alla segreteria.

Grazie per la collaborazione.

La Direzione

<u>Il personale medico è stato:</u>	
Cortese	SÌ NO
Disponibile	SÌ NO
Attento alla Sue esigenze	SÌ NO
Riservato	SÌ NO
Professionale	SI NO

<u>Il personale infermieristico, sia per prelievi che per altre prestazioni, è stato:</u>	
Cortese	SÌ NO
Disponibile	SÌ NO
Attento alla Sue esigenze	SÌ NO
Riservato	SÌ NO
Professionale	SI NO

<u>Il personale di segreteria è stato:</u>	
Cortese	SÌ NO
Disponibile	SÌ NO
Attento alla Sue esigenze	SÌ NO
Riservato	SÌ NO
Professionale	SI NO

1. La **riservatezza** delle informazioni personali richiesteLe è stata rispettata? SÌ NO
2. L'**attesa** tra il termine della prestazione ed il ritiro del referto è accettabile? SI NO
3. In caso di **ritardo**, è stato informato sulle motivazioni? SI NO
4. L'**attesa** tra la prenotazione e la prestazione è stato:
Meno di 5gg__ Meno di 10gg__ Più di 10gg__
5. In caso di **ritardo**, è stato informato sulle motivazioni? SI NO
6. L'**attesa** rispetto all'ora di prenotazione è stato:
Rispettato (entro 10 `)__ Lieve ritardo (10 ` - 20 `) __ Forte ritardo (più di 20 `)__
7. In caso di **ritardo**, è stato informato sulle motivazioni? SI NO
8. Il **comfort** in sala di attesa è stato soddisfacente? SI NO
9. Il **comfort** in ambulatorio è stato soddisfacente? SI NO
10. Se ha usufruito dei **servizi igienici**, li ha trovati confortevoli e puliti? SI NO
11. **Consiglierebbe** ad altri si usufruire della nostra struttura SI NO

12. Nel caso consigliasse ad altri la nostra struttura, per **quale/i specialità?**

13. Quale/i specialità gradirebbe fosse/ro **aggiunta/e** alla nostra offerta?

14. Come ci conosce?

Internet ___ Familiare o Amico ___ Dr. _____

Altra fonte _____

15. Nel complesso, è **soddisfatto** del servizio ricevuto presso la nostra struttura?

Molto Abbastanza Poco Per nulla _____

Prestazione eseguita _____

Dr. _____

Eventuali segnalazioni (reclami, suggerimenti, apprezzamenti):

Data _____

Nome _____ Cognome _____ Indirizzo _____

_____ e. mail _____ tel. _____

Firma _____