

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI DEL POLIAMBULATORIO

*Gentile Signora, Gentile Signore, con la seguente Scheda il Poliambulatorio F Medical intende mettere a disposizione della propria gentile Clientela un nuovo strumento che ci consentirà di interagire con Lei, ascoltando impressioni, suggerimenti e consigli per il miglioramento del nostro servizio. Il questionario è compilato in forma **anonima e non è previsto l'invio di dati personale***

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE USUFRUITA _____

| Come giudica (barrare casella) | Molto soddisfacente | Soddisfacente | Poco soddisfacente |
|---|---------------------|---------------|--------------------|
| Orari di apertura al pubblico | | | |
| Informazione ricevute durante la prenotazione | | | |
| Cortesìa del personale medico | | | |
| Rispetto della privacy | | | |
| Tempi di attesa | | | |
| Puntualità del Medico/Sanitario | | | |
| Pulizia, idoneità degli ambienti e delle attrezzature | | | |
| Qualità dei servizi offerti | | | |
| Chiarezza nella spiegazione dei referti | | | |

Come è venuto/a a conoscenza della nostra Struttura? (barrare quella di interesse)

| Facebook | Pubblicità on-line | Pubblicità cartacea | Passa parola | Altro (specificare) |
|----------|--------------------|---------------------|--------------|---------------------|
| | | | | |

SUGGERIMENTI/NOTE

Ferrara, ____/____/____