

QUESTIONARIO GRADIMENTO

“AMBULATORI/SERVIZI”

Gentile Signora, Egregio Signore,

Le chiediamo di compilare il presente questionario, in forma anonima, per migliorare la qualità delle prestazioni che quotidianamente forniamo all'utenza presso il nostro Ospedale.

La ringraziamo per il contributo che vorrà offrirci.

Servizio/Ambulatorio _____

Paziente ☐ Familiare o altro ☐

Sesso M ☐ F ☐ Età _____

Nazionalità: Italiana ☐ Europea ☐ Extraeuropea ☐

Provenienza: Regione Calabria ☐ Extra Regione Calabria ☐

Grado di istruzione:

Scuola elementare ☐ Scuola media inferiore ☐ Scuola media superiore ☐ Laurea ☐ Altro ☐

	Telefonicamente	Sportello	Reparto	
Modalità di prenotazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
✓ Informazioni ricevute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Tempi di attesa per la prenotazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Tempi di attesa per dalla prenotazione alla visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Cortesia degli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pagamento ticket	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
✓ Tempi di attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Cortesia degli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Accettazione	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
✓ Tempi di attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Cortesia degli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Rispetto degli orari previsti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organizzazione dell'ambulatorio

Insufficiente Sufficiente Buono Ottimo

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ✓ Pulizia degli ambienti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Disponibilità/Cortesie del personale medico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Disponibilità/Cortesie del personale infermieristico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Chiarezza delle informazioni sul suo stato di salute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Chiarezza delle informazioni sui trattamenti da eseguire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Rispetto della riservatezza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Insufficiente Sufficiente Buono Ottimo

Nel complesso la sua soddisfazione è	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consiglierebbe ad altri questo Ambulatorio/Servizio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Osservazioni/Suggerimenti

Cosenza, li _____