

Questionario per la rilevazione della soddisfazione dei Pazienti del Poliambulatorio

Gentile Signora, Gentile Signore,
con la presente Scheda s'intende mettere a disposizione della propria utenza uno strumento che ci consentirà di monitorare e migliorare i nostri servizi.
Una volta compilato, va depositato nell'apposito punto di raccolta predisposto presso il Servizio Accettazione.

DATI PERSONALI

SESSO	<input type="checkbox"/> Maschio	ETA'	<input type="checkbox"/> 18-30	<input type="checkbox"/> 51-70	ISTRUZIONE	<input type="checkbox"/> Scuola dell'obbligo	<input type="checkbox"/> Laurea
	<input type="checkbox"/> Femmina		<input type="checkbox"/> 31-50	<input type="checkbox"/> Più di 70		<input type="checkbox"/> Scuola secondaria	<input type="checkbox"/>

SERVIZIO SANITARIO RICHIESTO

<input type="checkbox"/> Laboratorio analisi	<input type="checkbox"/> Angiologia	<input type="checkbox"/> Urologia
<input type="checkbox"/> Diagnostica per immagini	<input type="checkbox"/> Logopedia	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Ostetricia e Ginecologia	<input type="checkbox"/> Oculistica	<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport
<input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Dietista
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/> Psicologia
<input type="checkbox"/> Dermatologia	<input type="checkbox"/> Psichiatria	<input type="checkbox"/>

	GIUDIZIO				
	OTTIMO	BUONO	NORMALE	SCARSO	PESSIMO
Servizio di Prenotazione tramite: <input type="checkbox"/> 3C o <input type="checkbox"/> CUP	O	O	O	O	O
Orario di apertura al pubblico	O	O	O	O	O
Le informazioni ricevute al momento della Prenotazione/Accettazione sono state	O	O	O	O	O
I tempi di attesa in accettazione	O	O	O	O	O
Cortesia del personale in Accettazione	O	O	O	O	O
Cortesia del Medico / Personale Sanitario	O	O	O	O	O
Puntualità del Medico / Personale Sanitario	O	O	O	O	O
Esecuzione della prestazione	O	O	O	O	O
Qualità complessiva dei servizi offerti	O	O	O	O	O

Esigenze/bisogni/aspettative/suggerimenti:

.....
.....
.....

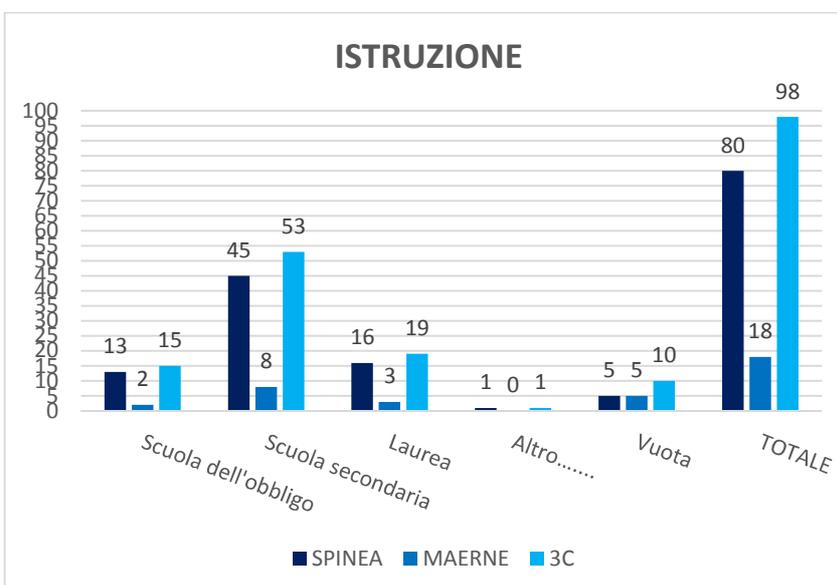
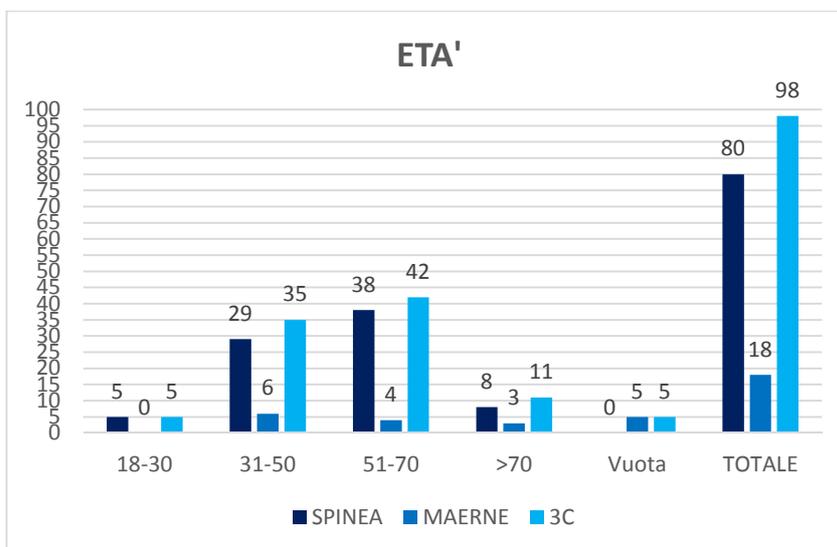
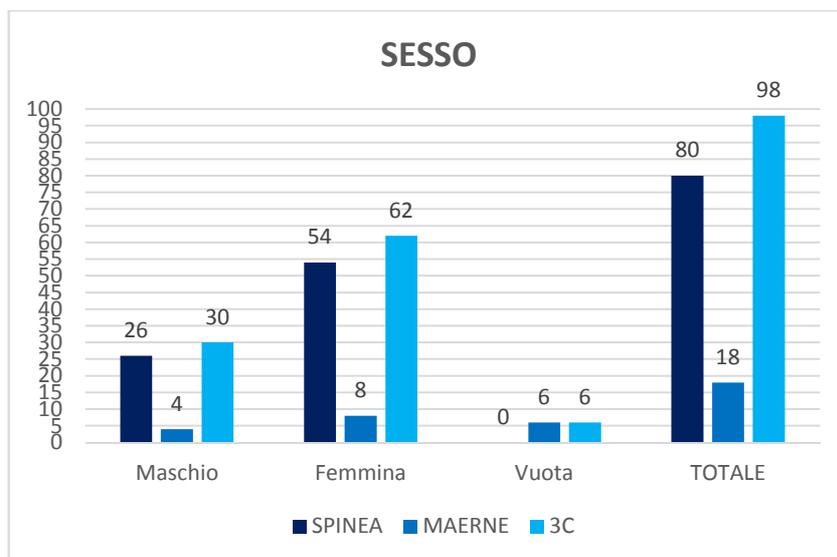
Spunti di miglioramento relativi alla Carta dei Servizi:

.....
.....
.....

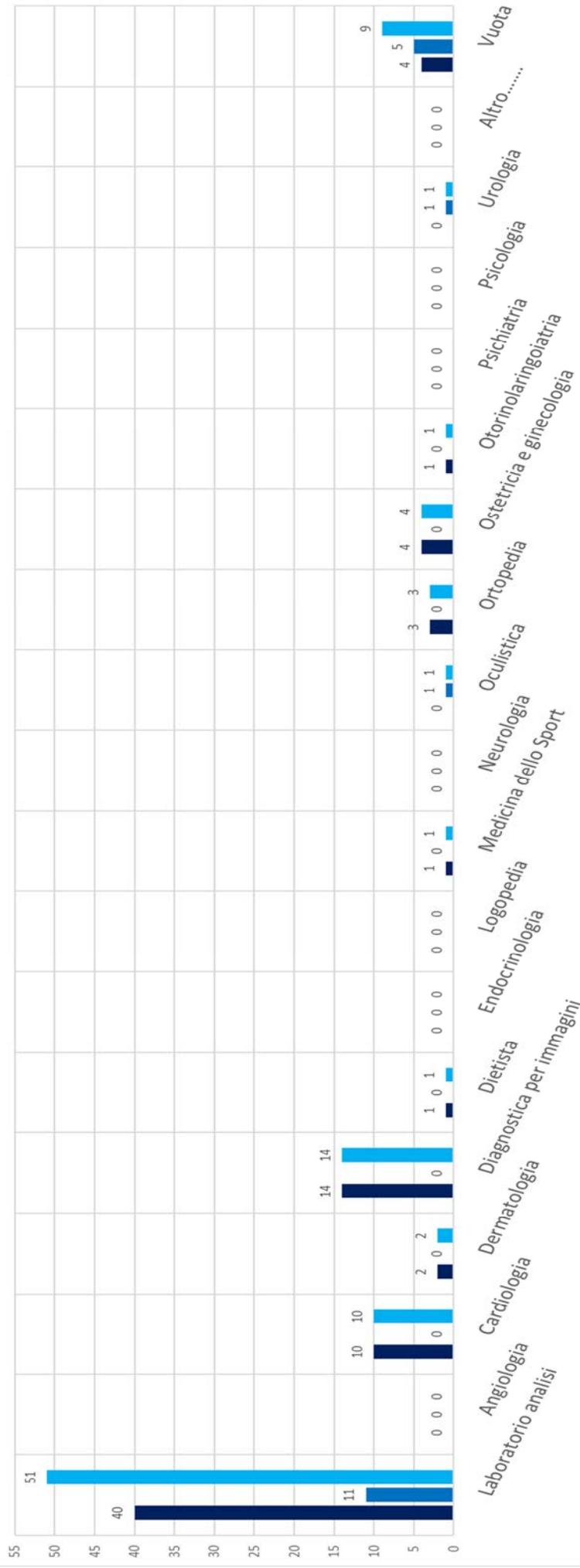
La ringraziamo per la gentile collaborazione, certi che quanto da Voi suggerito ci sarà utile per offrirVi un servizio sempre più rispondente alle Vostre aspettative.

RISULTATI

Analisi generale 3C

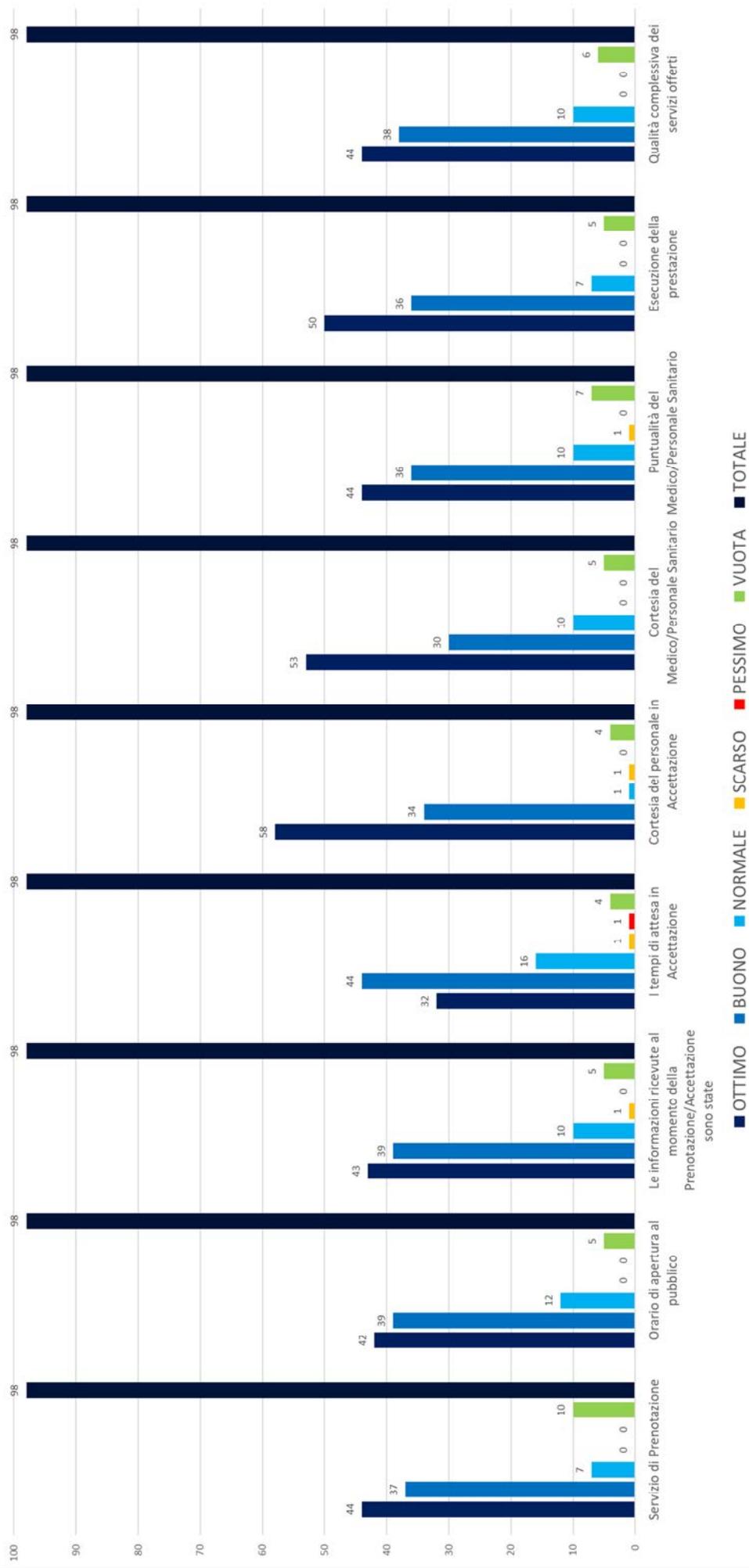


SERVIZIO SANITARIO RICHIESTO

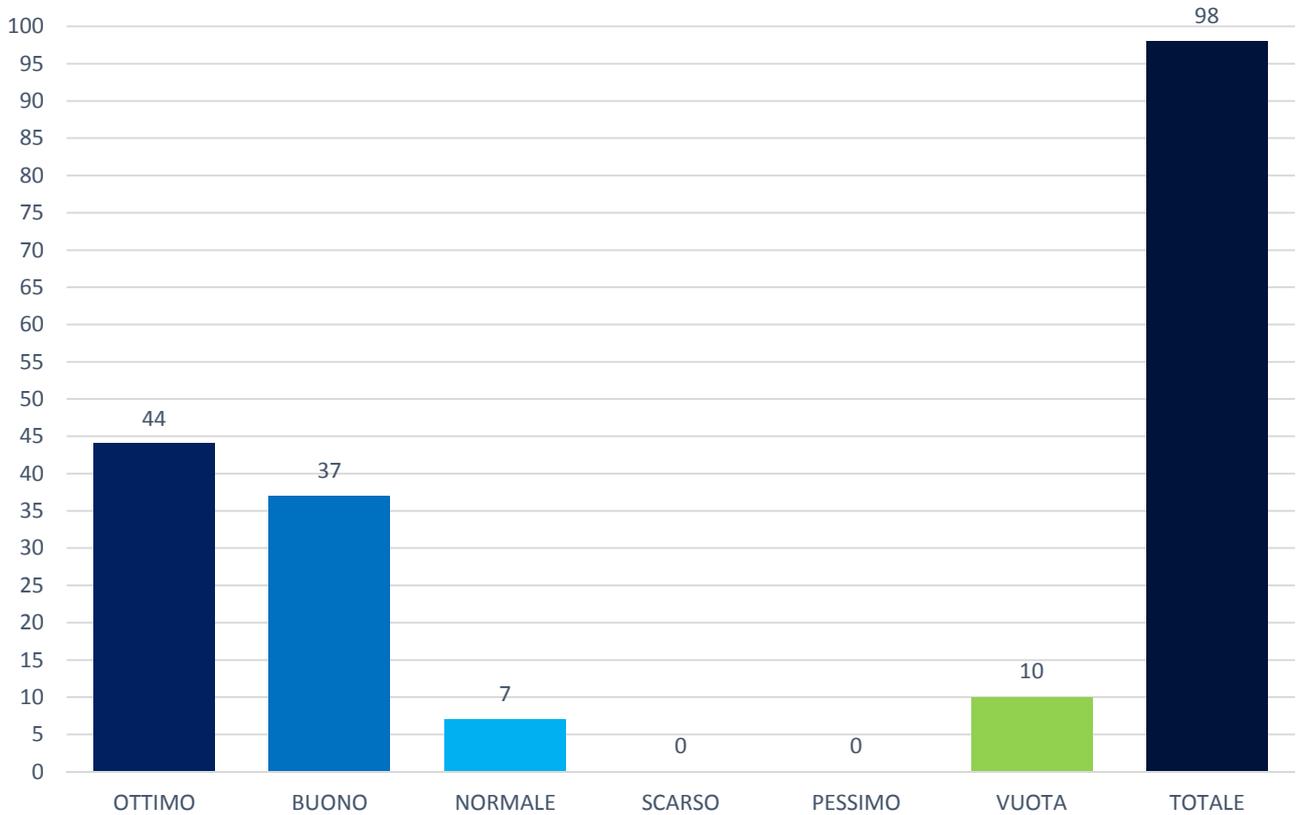


■ SPINEA ■ MAERNE ■ 3C

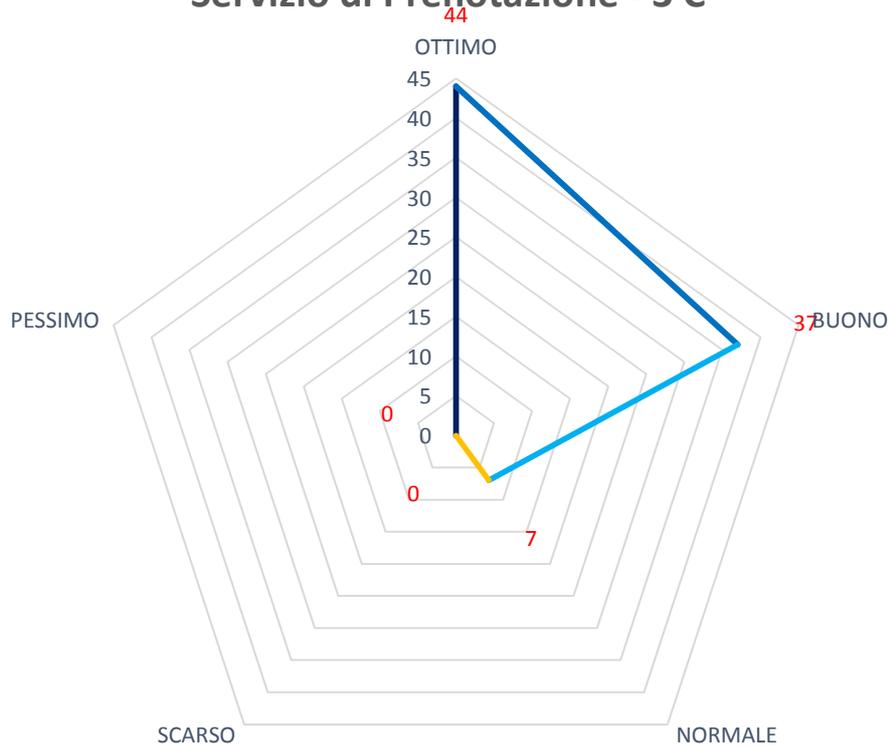
3C



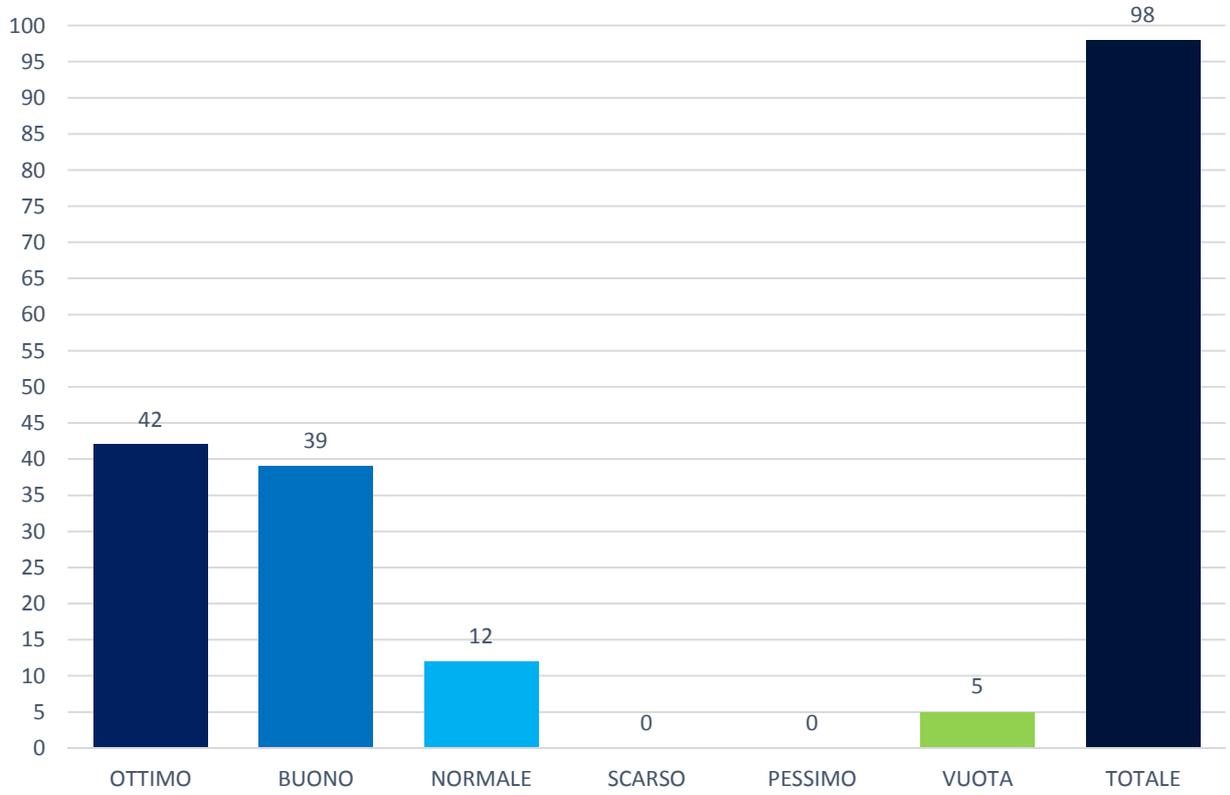
Servizio di Prenotazione 3 C



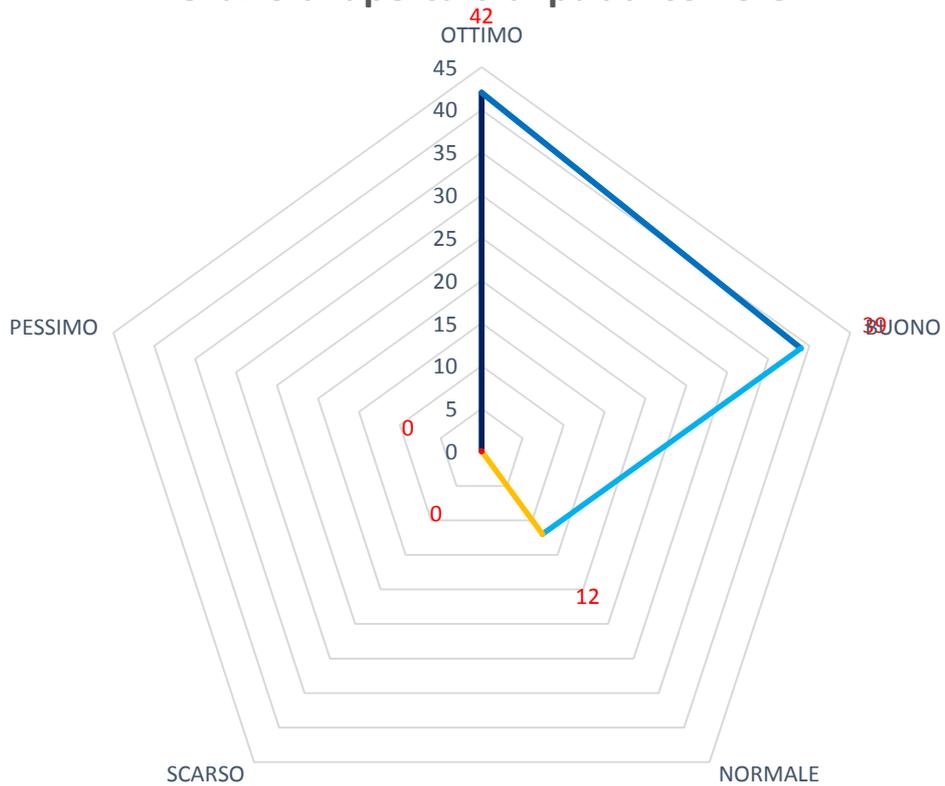
Servizio di Prenotazione - 3 C



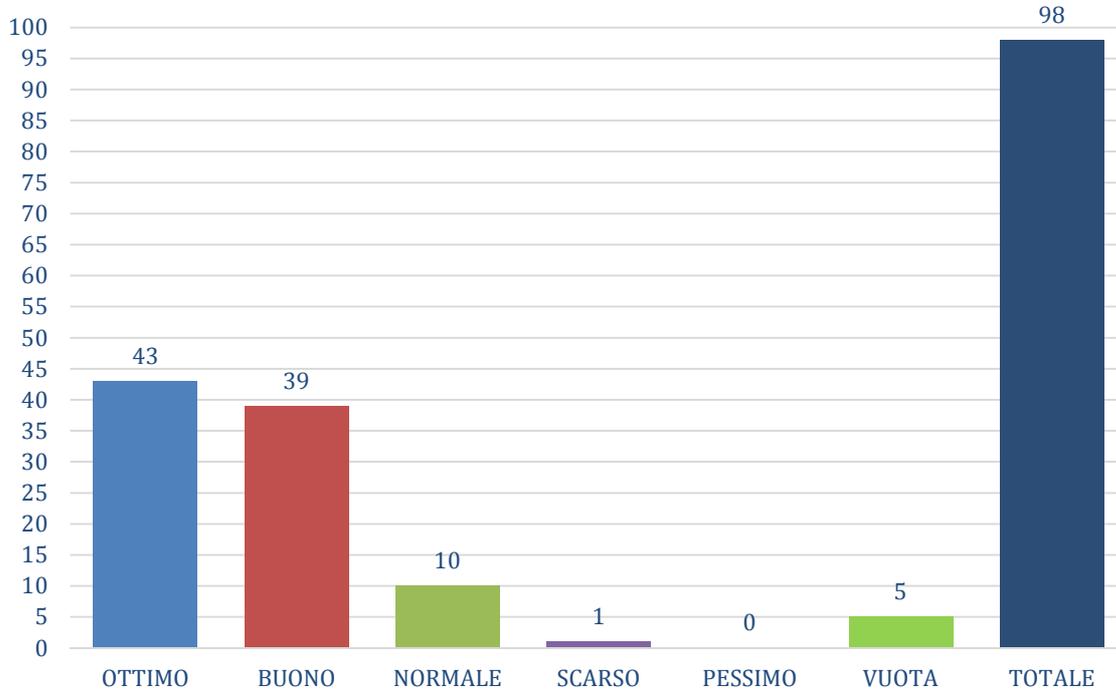
Orario di apertura al pubblico 3 C



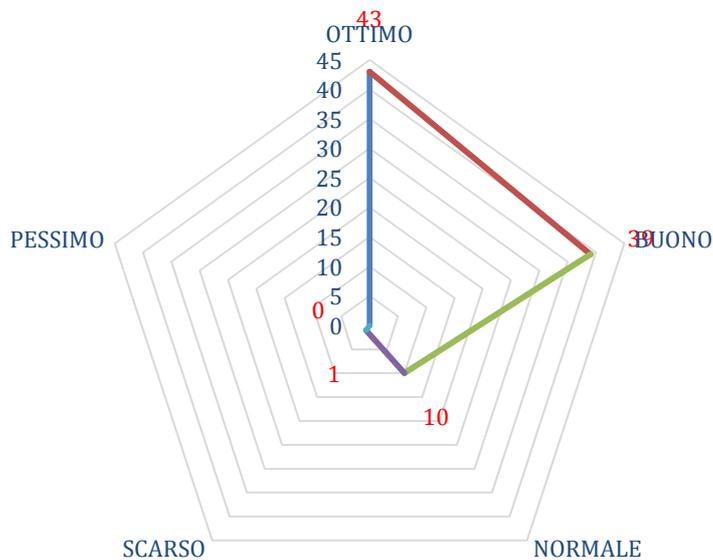
Orario di apertura al pubblico - 3 C



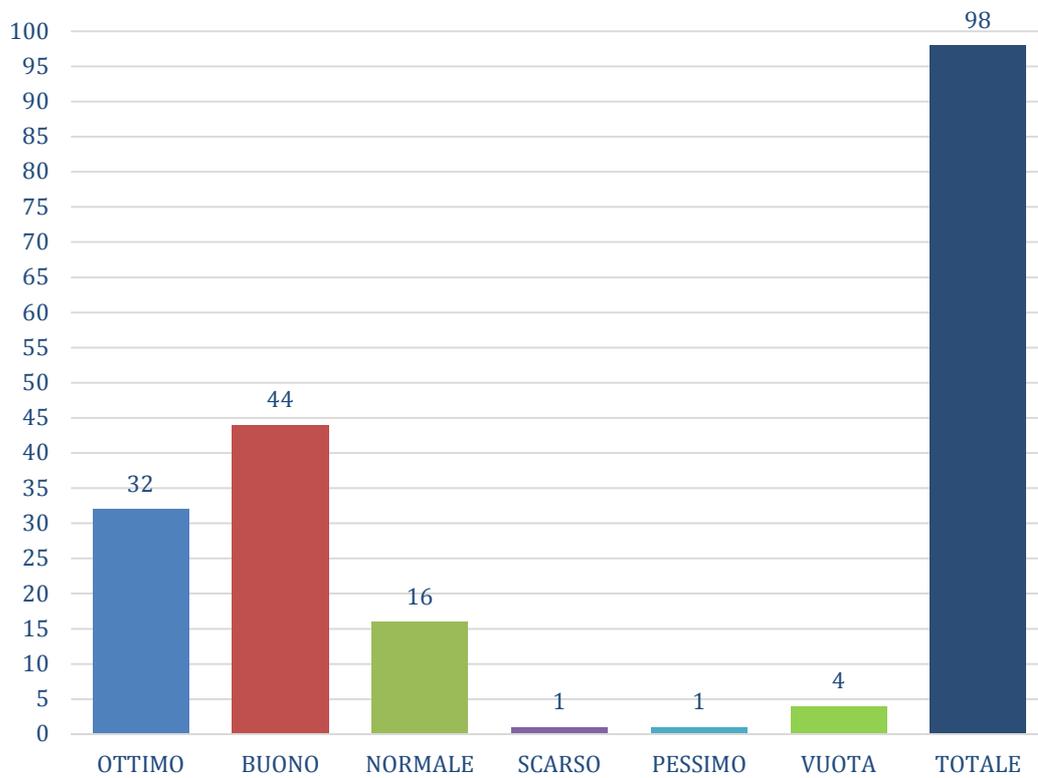
Le informazioni ricevute al momento della Prenotazione/Acettazione sono state 3 C



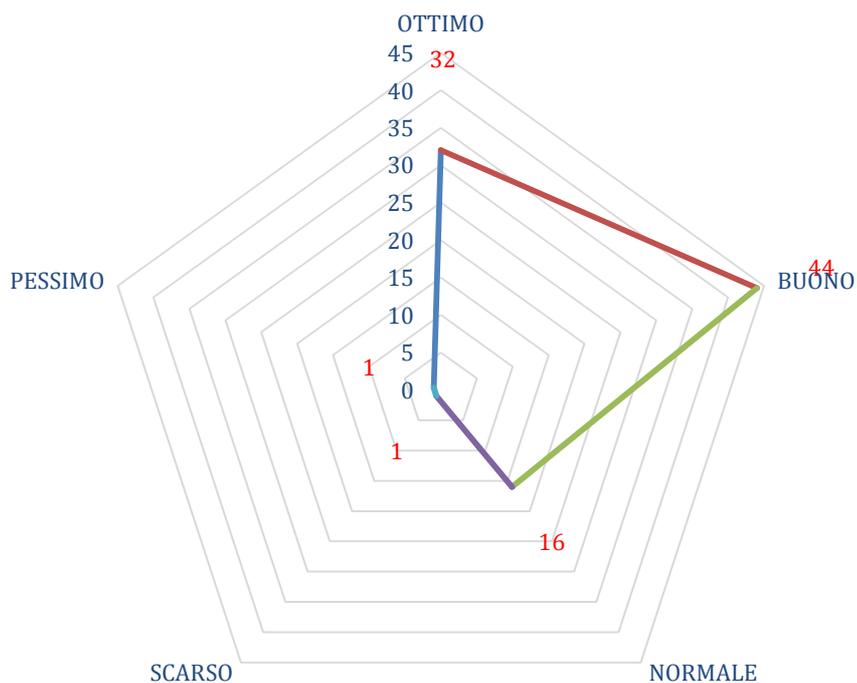
Le informazioni ricevute al momento della Prenotazione/Acettazione sono state 3 C



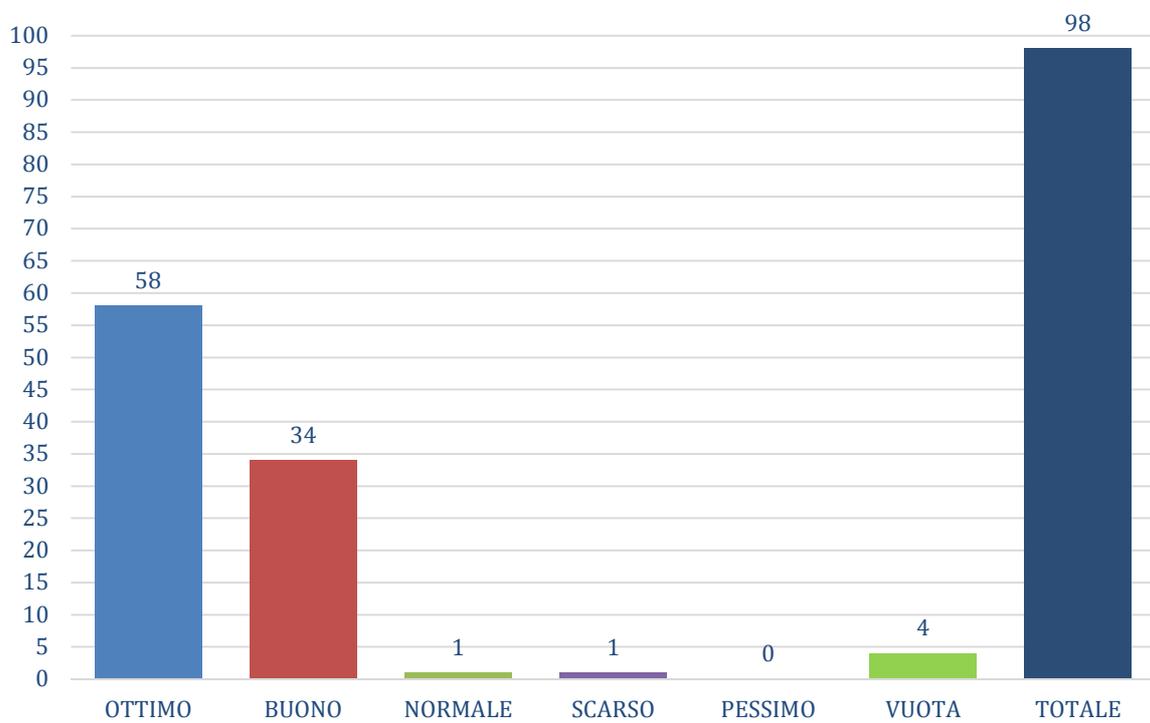
I tempi di attesa in Accettazione 3 C



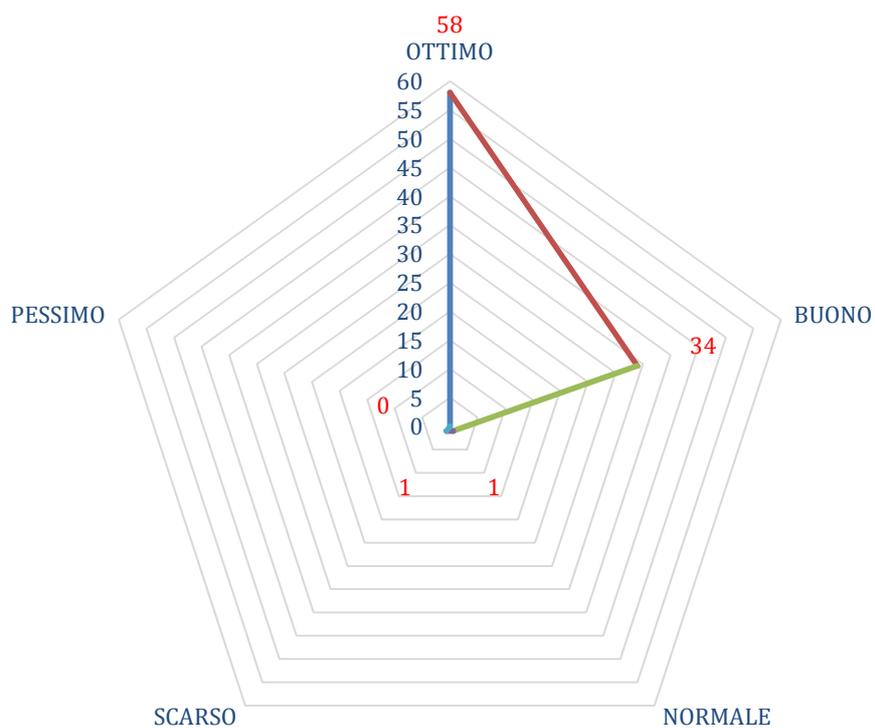
I tempi di attesa in Accettazione - 3 C



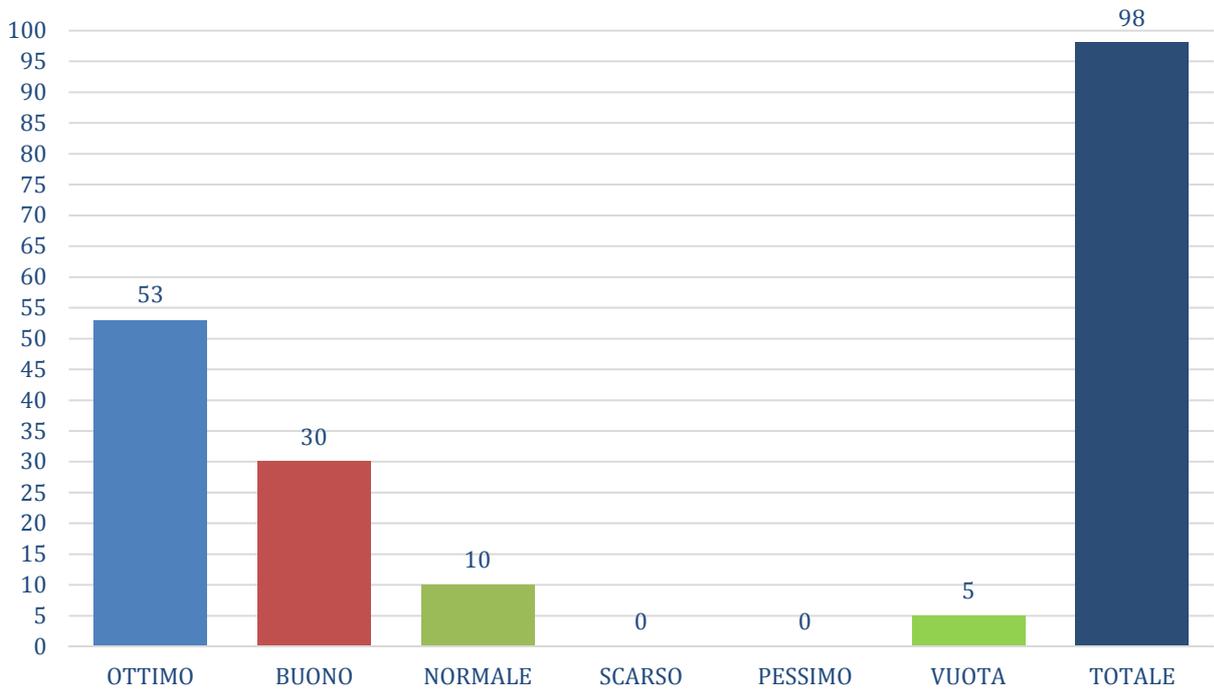
Cortesia del personale in Accettazione 3 C



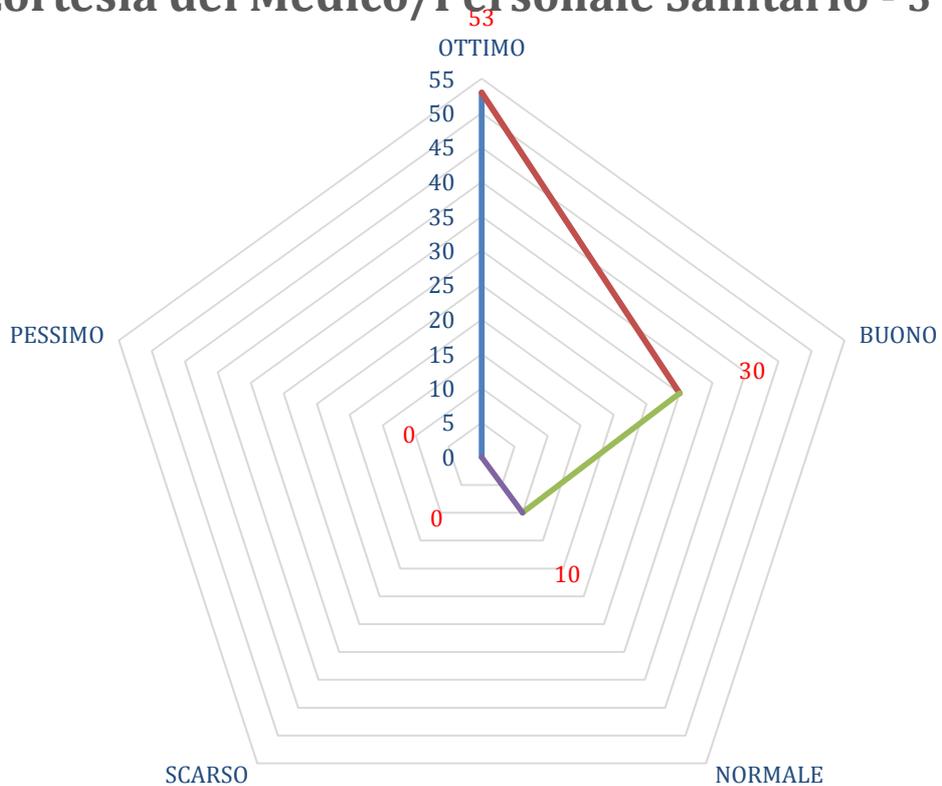
Cortesia del personale in Accettazione - 3 C



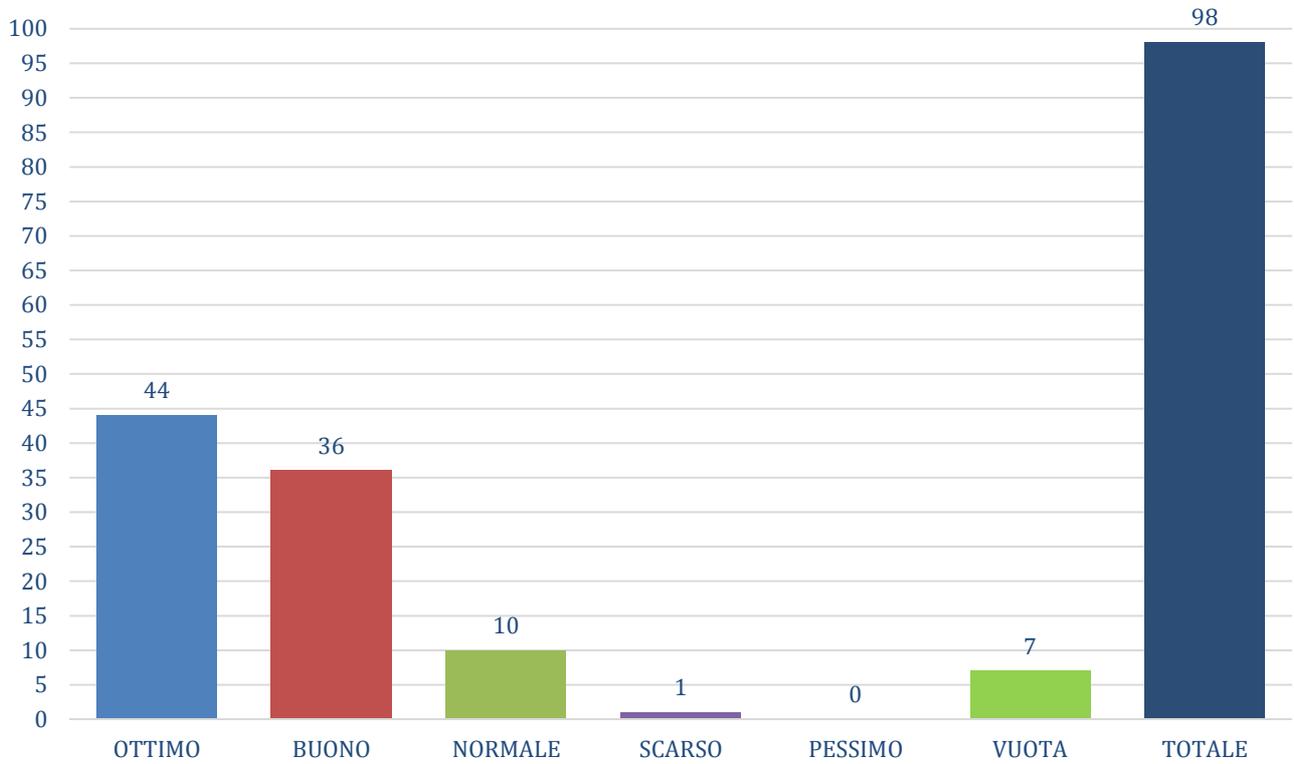
Cortesia del Medico/Personale Sanitario 3 C



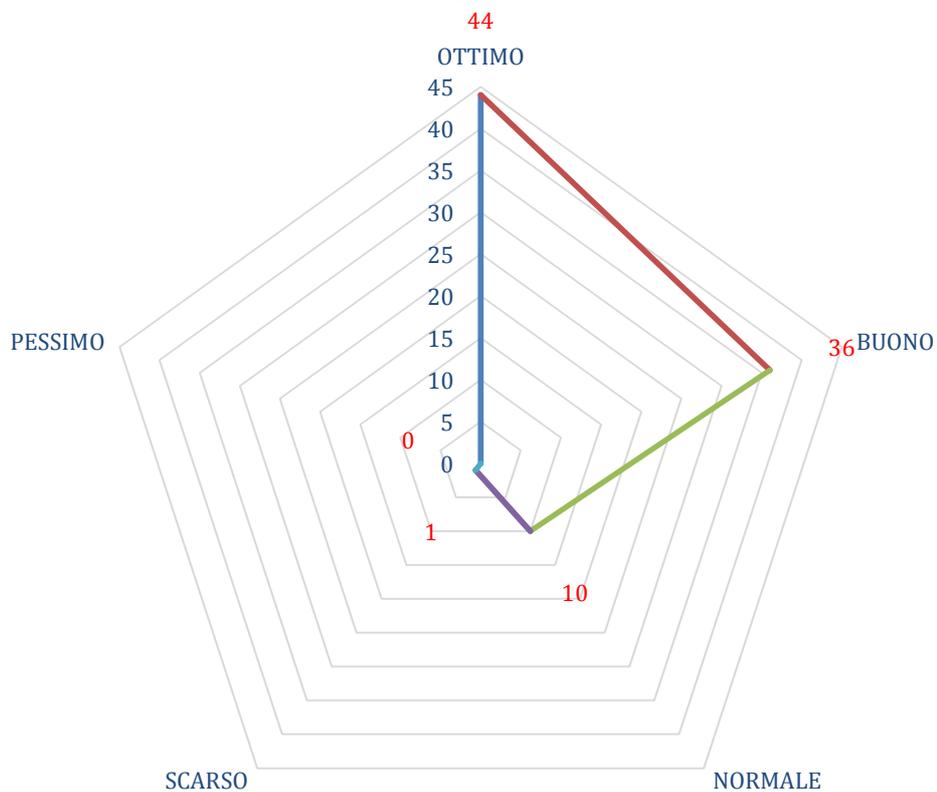
Cortesia del Medico/Personale Sanitario - 3 C



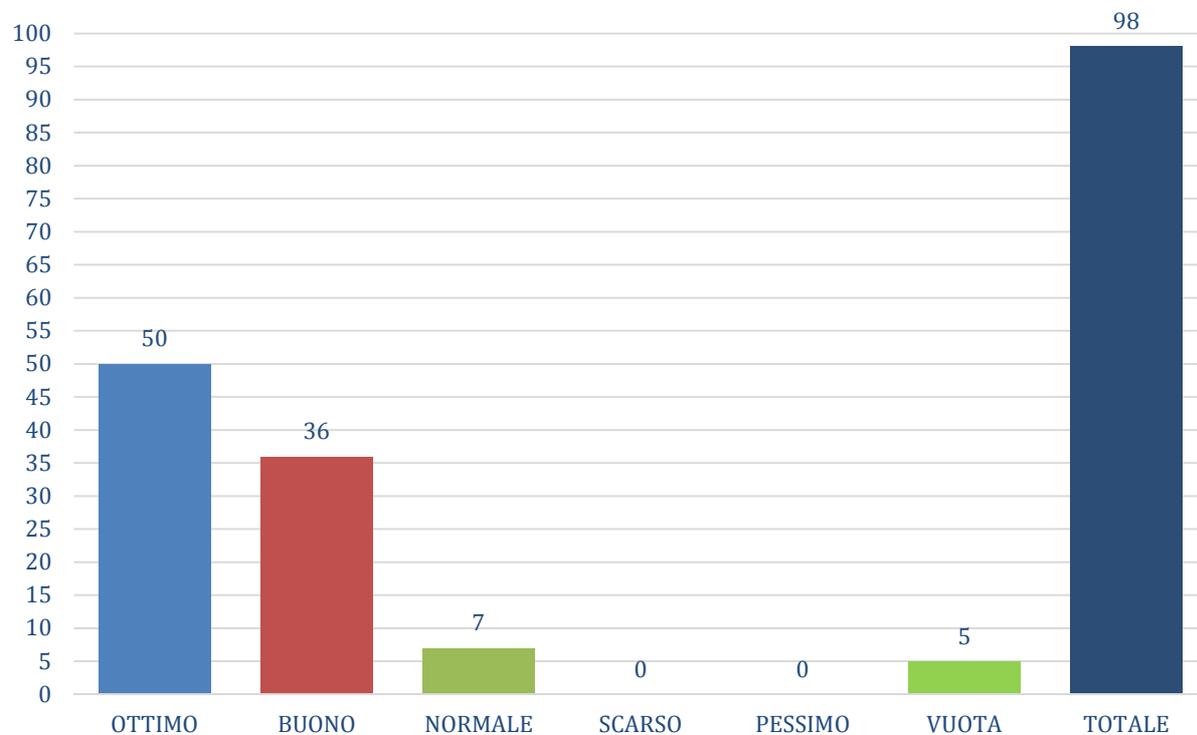
Puntualità del Medico/Personale Sanitario 3 C



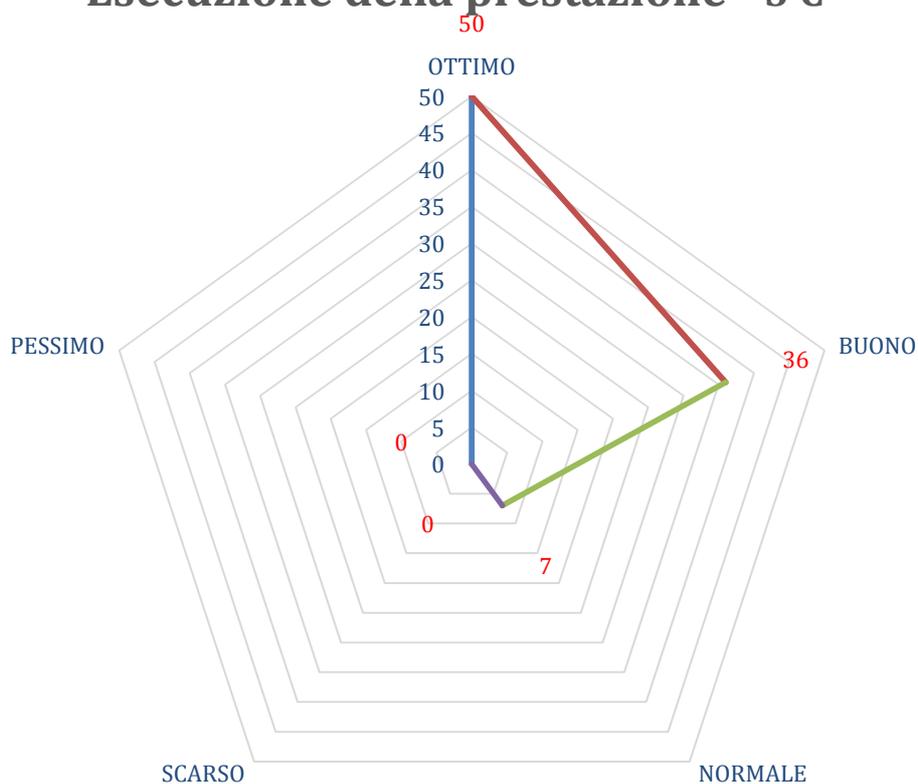
Puntualità del Medico/Personale Sanitario - 3 C



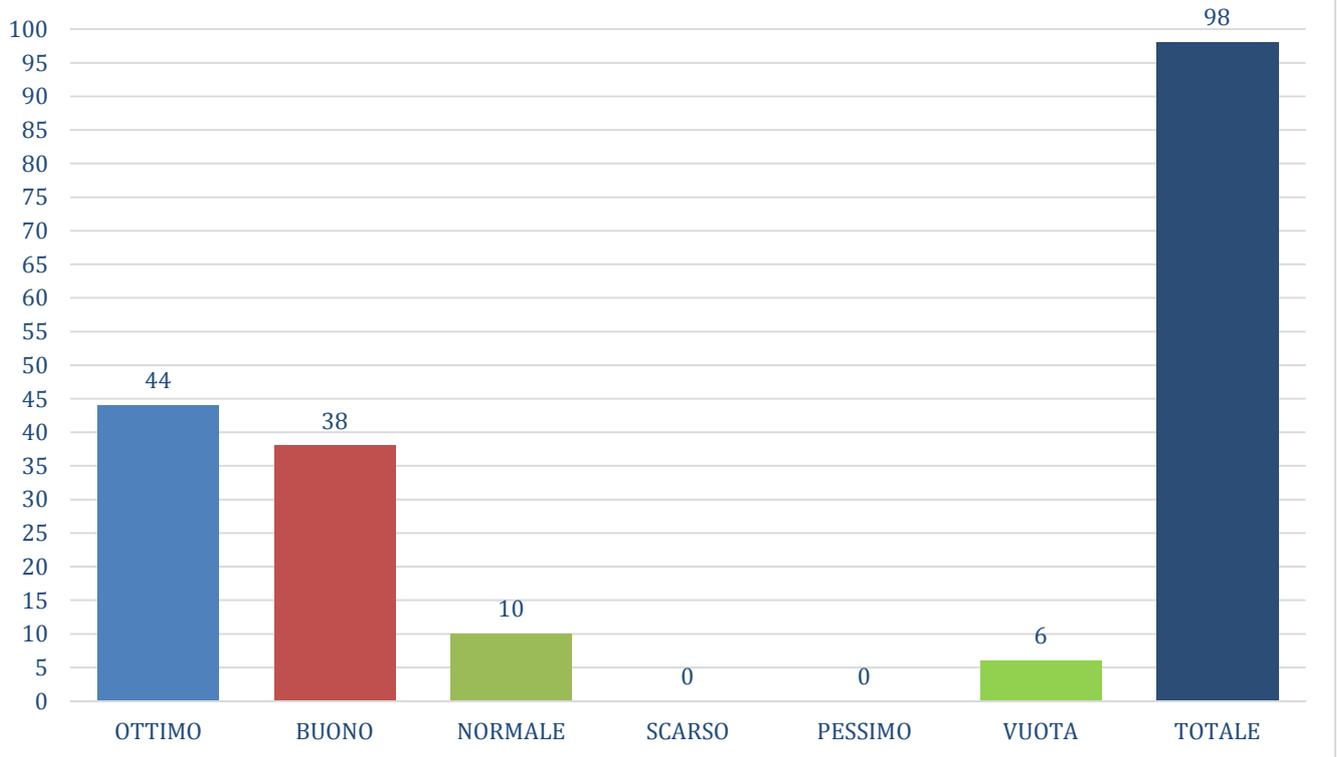
Esecuzione della prestazione 3 C



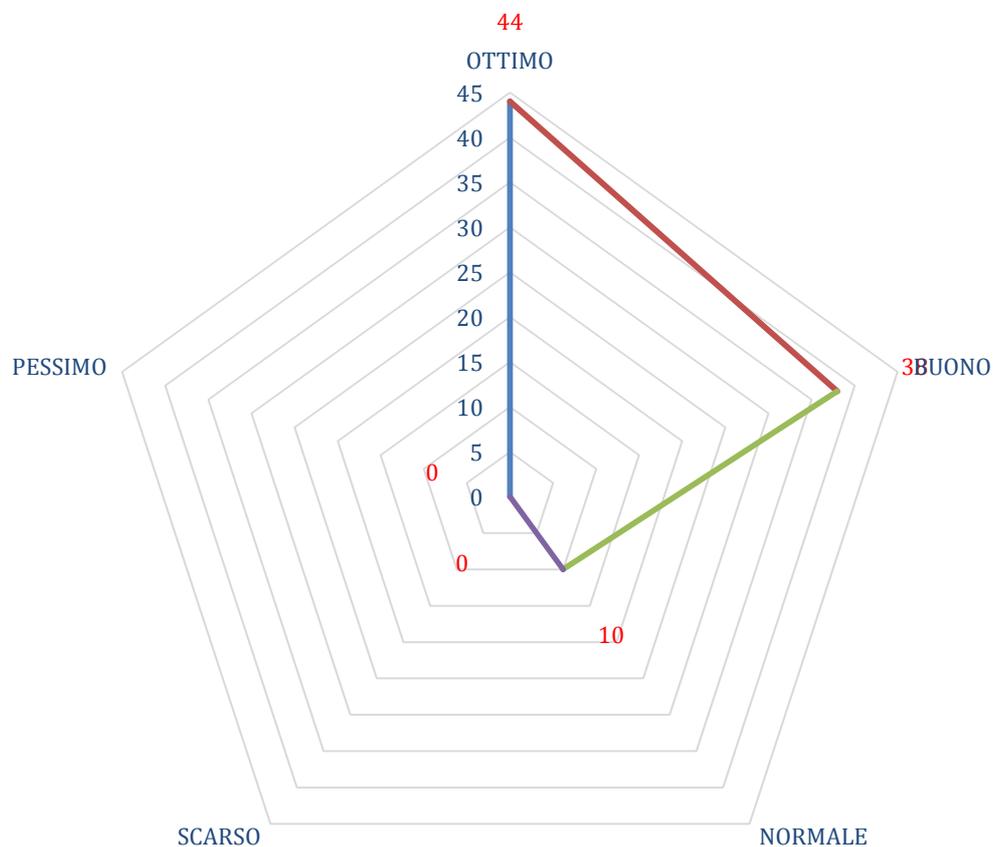
Esecuzione della prestazione - 3 C



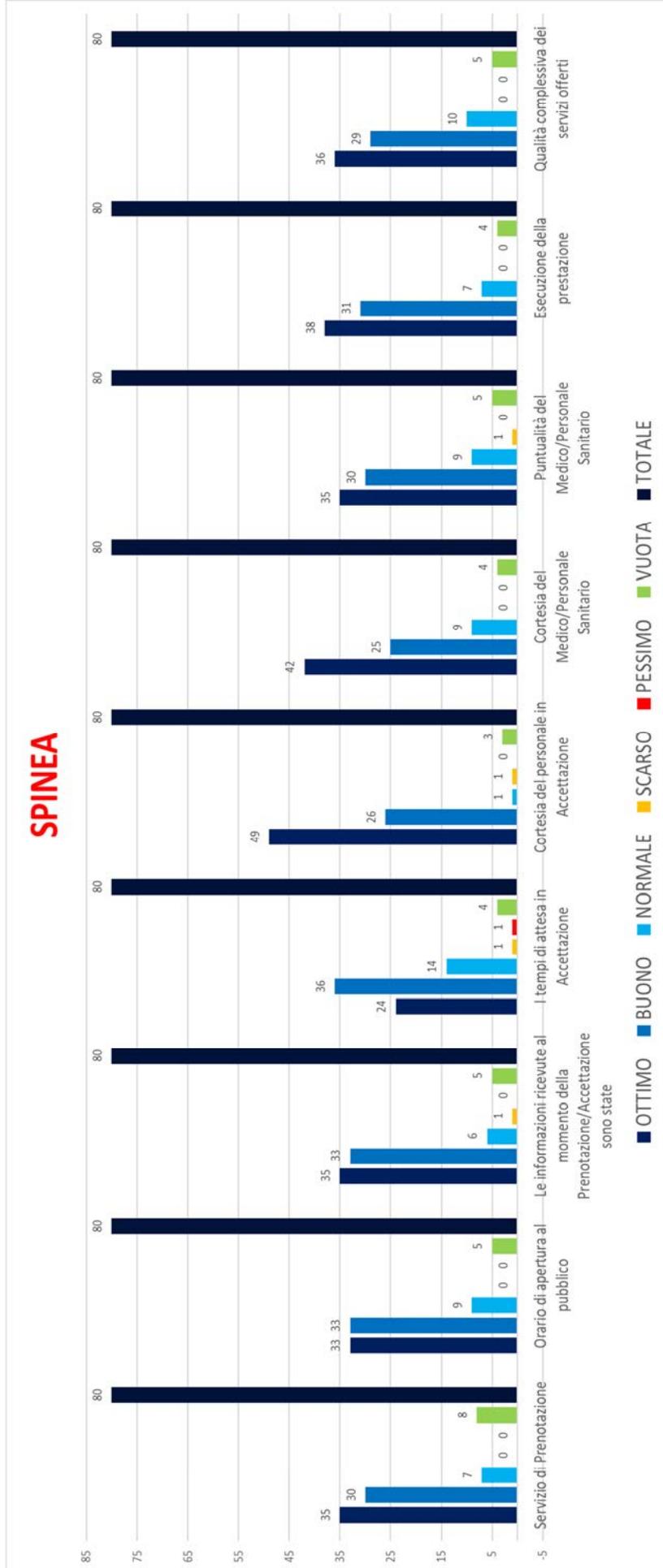
Qualità complessiva dei servizi offerti 3 C



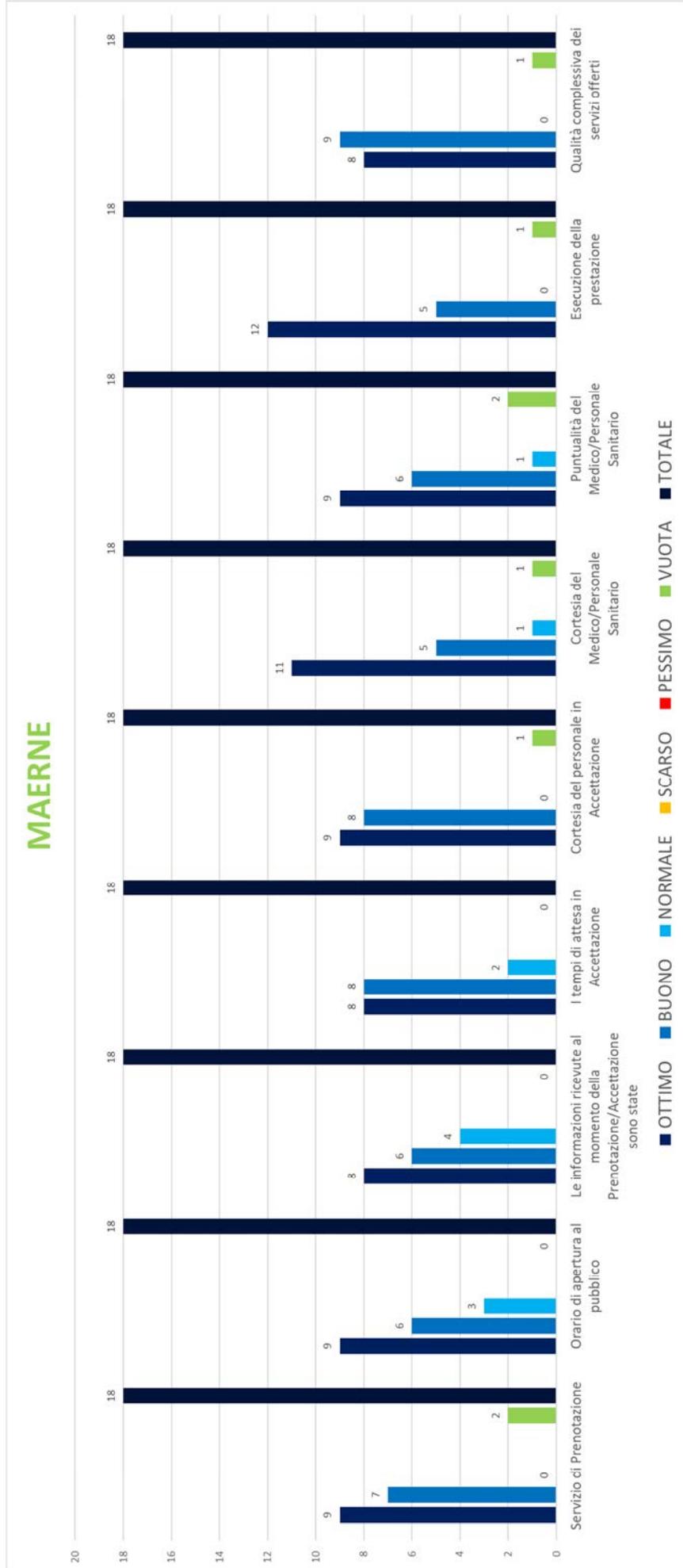
Qualità complessiva dei servizi offerti - 3 C



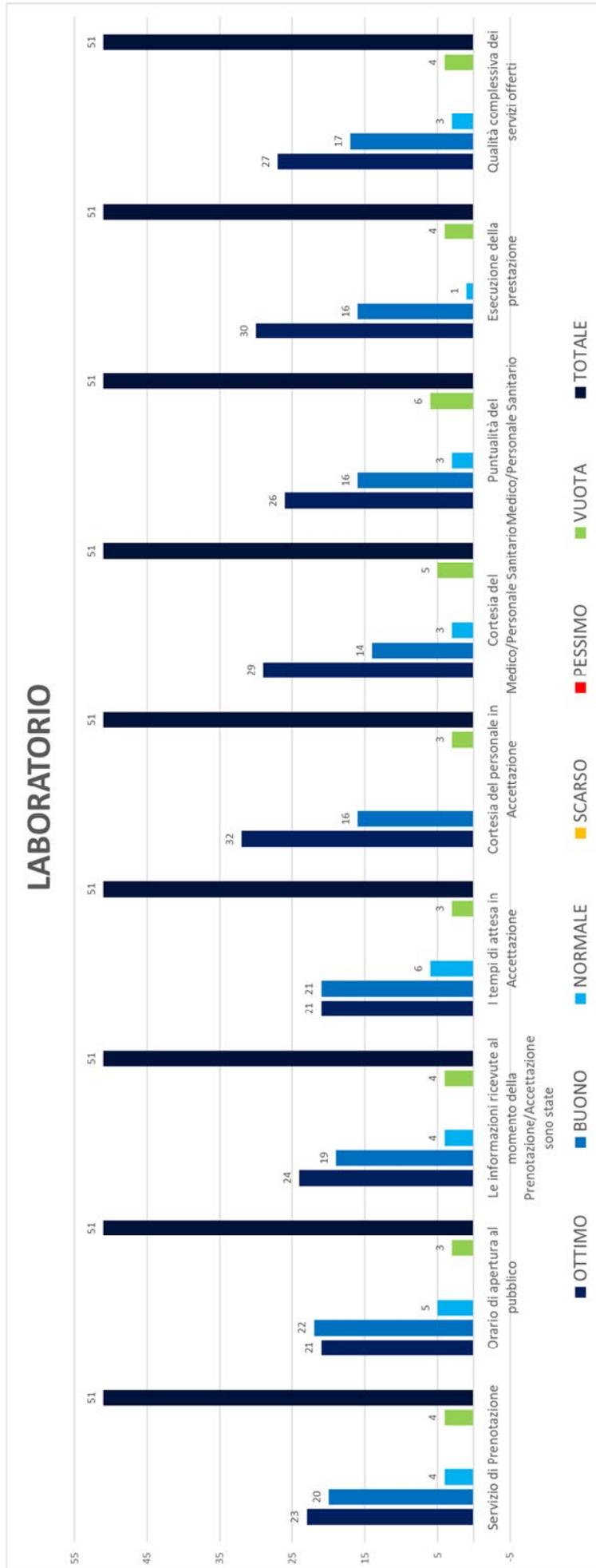
Analisi SPINEA



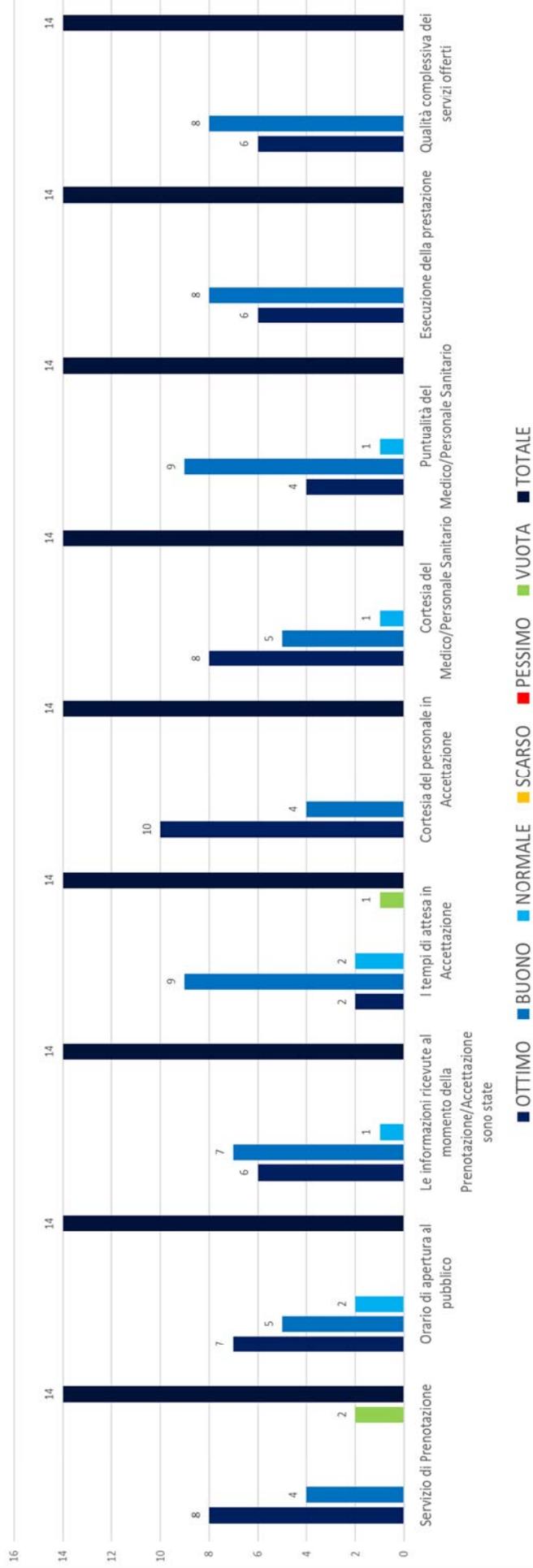
Analisi MAERNE



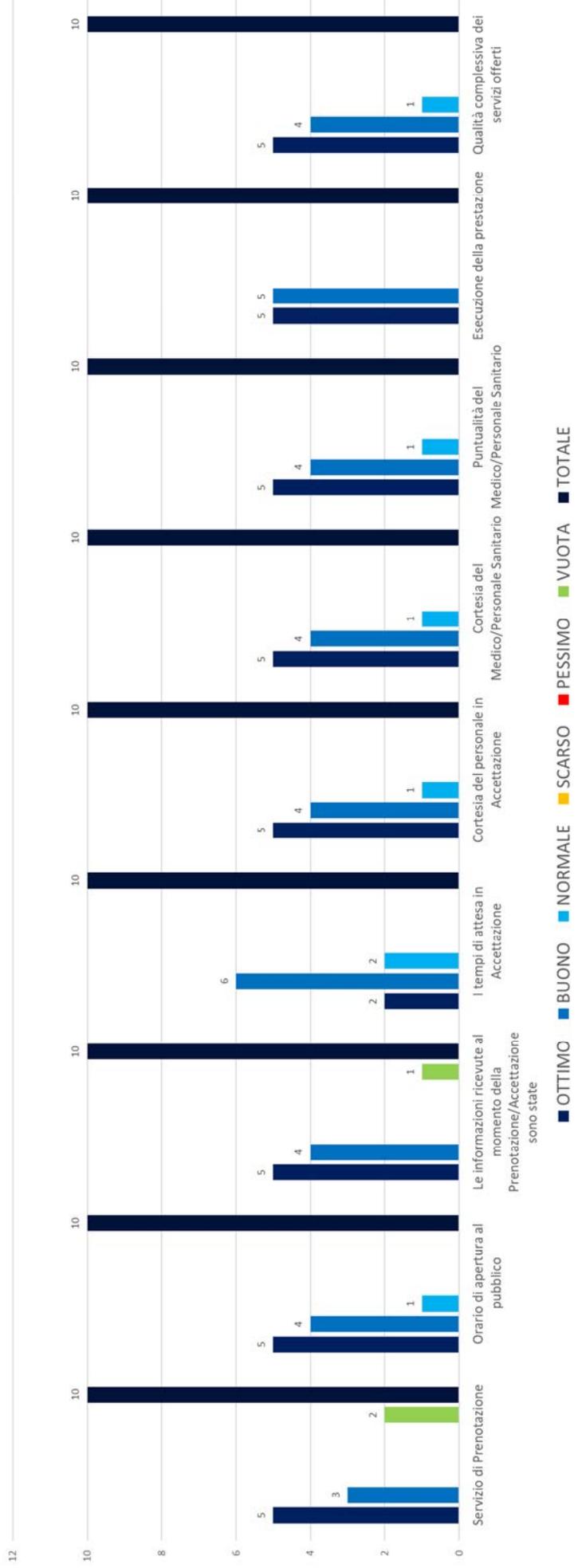
Analisi SERVIZIO RICHIESTO



RADIOLOGIA



CARDIOLOGIA



ORTOPEDIA



OSTETRICIA E GINECOLOGIA

