



QUESTIONARIO SUL LIVELLO DI SODDISFAZIONE UTENTI DEGLI AMBULATORI

Gentile Signora/ Egregio Signore,

Le chiediamo cortesemente di esprimere sia il livello della Sua soddisfazione in merito ai servizi ricevuti che commenti e suggerimento che potranno esserci utili per migliorare la nostra offerta.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario verranno trattati osservando ogni cautela sulla riservatezza e Lei non potrà essere identificata/o in alcun modo.

Apponga quindi, se lo ritiene, **una croce (X) nella casella** che si avvicina di più al suo modo di vedere e cortesemente **esprima una sola risposta**.

Potrà inserire tale questionario nella apposita cassetta.

Grazie per la collaborazione.

Il Responsabile Ufficio Qualità

SERVIZIO DI ACCETTAZIONE

ACCOGLIENZA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

CORTESIA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

TEMPI DI ATTESA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

LABORATORIO ANALISI (PRELEVATORE)

CORTESIA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

COMPETENZA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

TEMPI DI ATTESA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

SERVIZIO DI RADIOLOGIA

CORTESIA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

COMPETENZA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

TEMPI DI ATTESA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

SERVIZIO DI ELETTROENCEFALOGRAFIA E ELETTROMIOGRAFIA

CORTESIA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

COMPETENZA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

TEMPI DI ATTESA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

VISITE ED ESAMI AMBULATORIALI

CORTESIA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

COMPETENZA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

TEMPI DI ATTESA

Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------------	-------------	-------

Commenti:

Data _____