

Questionario per la rilevazione della soddisfazione dei Pazienti del Poliambulatorio

Gentile Signora, Gentile Signore,
 con la seguente Scheda il Poliambulatorio Cavour 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 va compilato in forma **anonima**. Una volta compilato, va depositato nell'apposito punto d'ascolto predisposto dal Centro presso il Servizio Accettazione.

Prestazione:

Come giudica	Supera le mie aspettative	È in linea con le mie aspettative	Ha deluso le mie aspettative
Gli orari di apertura al pubblico?	😊	😐	😞
Le informazioni ricevute al momento dell'Accettazione?	😊	😐	😞
La cortesia del personale all'Accettazione?	😊	😐	😞
La cortesia del personale Medico/ Terapista?	😊	😐	😞
Il rispetto della Privacy?	😊	😐	😞
I tempi di attesa in accettazione?	😊	😐	😞
Puntualità del Medico/ Terapista che l'ha trattata?	😊	😐	😞
La pulizia, l'idoneità degli ambienti e delle attrezzature?	😊	😐	😞
In generale la Qualità dei servizi offerti?	😊	😐	😞
La chiarezza nell'esposizione dei Referti?	😊	😐	😞
Il rispetto degli standard dichiarati sulla Carta dei servizi?	😊	😐	😞

Come è venuto a conoscenza del Centro?

CUP

Passa parola

Medico di base

Altro



Vostri suggerimenti:

.....

.....

Sasso Marconi, li: .../ .../



MARCONI S.R.L.

Direzione sanitaria: Dott. Daniele Rizzo
Via Bertacchi, 3 40037 Sasso Marconi – BO
P. Iva 00510001209 C.F. 00441690377
Telefono: 051841301 Fax:: 0516750456
Cap. Soc. I. V. 90.000.000 - C.C.I.A.A. 12340 - Reg. Imp. Trib. Bo N° B0006 – 12340
www.poliambulatoriocavour.it
E-MAIL info@poliambulatoriocavour.it

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.