

INDAGINE SULLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI NEI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI

Gentile Signore, Gentile signora,

per migliorare la qualità delle nostre prestazioni abbiamo bisogno di conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto.

Per questo Le chiediamo di rispondere al questionario riportato sul retro del presente volantino, composto da alcune semplici domande. Se vuole, può farsi aiutare dai suoi familiari.

Il questionario è anonimo. I dati raccolti saranno utilizzati in forma anonima per migliorare il nostro lavoro.

La compilazione del questionario è assolutamente volontaria e richiede pochi minuti.

Se non desidera partecipare è libero/a di farlo.

Il questionario compilato deve essere inserito nell'apposita scatola all'uscita del Presidio.

La ringraziamo per la cortese collaborazione.



A cura di

Direzione Amministrativa, Staff della Direzione Amministrativa e SOS URP e Tutela

SESSO M F
 ETÀ 18-30 31-45 46-65 oltre 65
 TITOLO DI STUDIO MEDIA INFERIORE DIPLOMA SCUOLA SUPERIORE LAUREA
 COME CI HA RAGGIUNTO A PIEDI CON MEZZI PROPRI CON MEZZI PUBBLICI

1. È stato semplice prenotare la prestazione?	<input type="checkbox"/> SEMPLICE	<input type="checkbox"/> ABBASTANZA SEMPLICE	<input type="checkbox"/> COMPLICATO	<input type="checkbox"/> ABBASTANZA COMPLICATO	
2. Per quale tipo di visita è qui? (Es. visita oculistica, dermatologia, prelievo sangue...)	_____				
3. Quanto tempo ha dovuto attendere tra l'arrivo in struttura e l'effettuazione della prestazione?	<input type="checkbox"/> MENO DI 15 MINUTI	<input type="checkbox"/> TRA 15 E 30 MINUTI	<input type="checkbox"/> TRA 30 E 45 MINUTI	<input type="checkbox"/> TRA 45 E 60 MINUTI	<input type="checkbox"/> OLTRE 60 MINUTI
4. Il personale amministrativo si è mostrato gentile e disponibile?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> ABBASTANZA	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> NO	
5. Il personale infermieristico si è mostrato gentile e disponibile?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> ABBASTANZA	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> NO	
6. Il personale medico si è mostrato gentile e disponibile?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> ABBASTANZA	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> NO	
7. Complessivamente (tempi di prenotazione, tempi di attesa, visita/prelievo) quanto è soddisfatto della prestazione	<input type="checkbox"/> SODDISFATTO	<input type="checkbox"/> ABBASTANZA SODDISFATTO	<input type="checkbox"/> INSODDISFATTO	<input type="checkbox"/> MOLTO INSODDISFATTO	
8. Ha qualcosa da segnalare o suggerimenti da dare?	_____ _____ _____ _____				