

Questionario Soddisfazione Utente

Gentile Signora, Gentile Signore,

siamo interessati a conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto presso il nostro ospedale: grazie alle Sue indicazioni sarà possibile migliorare la qualità delle prestazioni che forniamo alla cittadinanza.

Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario che è completamente anonimo, sia in fase di raccolta, che nella fase successive di trattamento ed elaborazione dati.

Le domande non sono obbligatorie, risponda a quelle che ritiene opportune. Riconsegni, per favore, il questionario compilato presso la struttura dove Le è stato consegnato e eseguirà l'indagine programmata.

Le siamo davvero grati per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

Per ognuno degli aspetti elencati di seguito, Vi preghiamo di esprimere il Vostro giudizio sul livello qualitativo del prodotto/servizio fornito

Come valuta la professionalità del personale medico:

- | | |
|---|--|
| competenza | <input type="checkbox"/> insufficiente <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo |
| qualità umane/cortesia | <input type="checkbox"/> insufficiente <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo |
| disponibilità a fornire spiegazioni | <input type="checkbox"/> insufficiente <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo |
| attenzione posta ai bisogni e problemi riferiti | <input type="checkbox"/> insufficiente <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo |
| rispetto della privacy | <input type="checkbox"/> insufficiente <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo |

Come valuta la professionalità del personale infermieristico:

- | | |
|---|--|
| competenza | <input type="checkbox"/> insufficiente <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo |
| qualità umane/cortesia | <input type="checkbox"/> insufficiente <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo |
| disponibilità a fornire spiegazioni | <input type="checkbox"/> insufficiente <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo |
| attenzione posta ai bisogni e problemi riferiti | <input type="checkbox"/> insufficiente <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo |
| rispetto della privacy | <input type="checkbox"/> insufficiente <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo |

Come giudica le informazioni ricevute in risposta a Sue eventuali domande inerenti risultati/referti?

I servizi interni sono facilmente identificabili? insufficiente sufficiente buono ottimo

Come giudica i **tempi di attesa** per le prestazioni sanitarie specialistiche erogate insufficiente sufficiente buono ottimo

Come valuta l'**organizzazione** delle prestazioni sanitarie specialistiche erogate? insufficiente sufficiente buono ottimo

Suggerimenti:

Quali aspetti del prodotto/servizio offerto dal Servizio ritiene possano essere migliorati o modificati?



Il Vostro nome (facoltativo)

La Vostra email (facoltativa)

Indirizzo

Città

CAP

Telefono

Gradirebbe essere contattato, in merito ai suggerimenti
forniti?

Si No