

Revisione 5

Data: 24 febbraio 2017

Pagina 1 di 2

Al fine di poter migliorare il nostro servizio, si invita la Spett.le Clientela, a voler gentilmente collaborare compilando il seguente questionario.

Saranno attentamente valutate tutte le critiche e presi in seria considerazione gli eventuali suggerimenti. Il questionario è in forma anonima.

Le risposte possibili sono le seguenti:  ottimo  buono  scarso
(barrare la risposta scelta)

Data _____ / _____ / _____

Età 0-18 19-30 31 – 50 51 – 65 oltre 65

1) Perché ha scelto il nostro centro

- Medico pubblicità / affissioni / sponsor internet CUP Asi
 conoscenti comodità/vicinanza Altro (specificare) _____

2) Come considera l'orario di apertura del centro in rapporto alle sue esigenze



ACCETTAZIONE

3) Tempo di attesa allo sportello prenotazioni



4) Qualità delle informazioni ricevute in accettazione



5) Cortesia e educazione del personale dell'accettazione



6) Facilità di prenotazione















Revisione 5

Data: 24 febbraio 2017







Pagina 2 di 2

PRESTAZIONI SANITARIE

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 7) Livello di professionalità del medico specialista |  |  |  |
| 8) Chiarezza delle informazioni ricevute dal medico specialista |  |  |  |
| 9) Livello di professionalità del terapeuta
<i>(rispondere solo se effettuata fisioterapia)</i> |  |  |  |
| 10) Chiarezza delle informazioni ricevute dal terapeuta
<i>(rispondere solo se effettuata fisioterapia)</i> |  |  |  |

LOCALI E ATTREZZATURE

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 11) Pulizia e igiene dei locali e delle attrezzature |  |  |  |
|--|--|---|---|

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 12) In caso di bisogno, tornerebbe nel nostro centro |  |  |  |
| 13) Valutazione globale del centro |  |  |  |

Se desidera, indichi il nome del personale del centro medico che si è distinto nei suoi confronti, e per quale motivo (positivo e negativo)

Nome _____

Motivo _____

Nome _____

Motivo _____

Nome _____

Motivo _____

Eventuali suggerimenti:

.....

.....

.....

.....

.....