**CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA**

Gentile Signora/Signore,

il suo contributo è importante per migliorare la qualità dei nostri servizi e pertanto chiediamo la sua cortese collaborazione a compilare, in forma anonima, il presente questionario.

La ringraziamo per l’attenzione e la collaborazione.

1. Come ha effettuato la prenotazione all’esame?

Presso il Contact Center Regionale

Presso il Servizio di Prenotazione di questa struttura sanitaria

Altro, specificare: ………

1. Modalità di prenotazione dell’esame

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 Insufficiente | * 2 Scarsa | * 3 Sufficiente | * 4 Buona | * 5 Ottima |

1. Vicinanza della struttura dal parcheggio e/o dalle linee di trasporto pubblico

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 Insufficiente | * 2 Scarsa | * 3 Sufficiente | * 4 Buona | * 5 Ottima |

1. Presenza di segnaletica/facilità di orientamento all’interno della struttura

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 Insufficiente | * 2 Scarsa | * 3 Sufficiente | * 4 Buona | * 5 Ottima |

1. Adeguatezza dei Tempi di attesa in accettazione

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 Insufficiente | * 2 Scarsa | * 3 Sufficienti | * 4 Buoni | * 5 Ottimi |

1. Adeguatezza dei Tempi di consegna del referto

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 Insufficiente | * 2 Scarse | * 3 Sufficienti | * 4 Buoni | * 5 Ottimi |

1. Professionalità e cortesia del personale di accettazione

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 Insufficienti | * 2 Scarse | * 3 Sufficienti | * 4 Buone | * 5 Ottime |

1. Professionalità e cortesia del personale medico

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 Insufficienti | * 2 Scarse | * 3 Sufficienti | * 4 Buona | * 5 Ottima |

1. Professionalità e cortesia del personale infermieristico

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 Insufficienti | * 2 Scarse | * 3 Sufficienti | * 4 Buona | * 5 Ottima |

1. Chiarezza delle informazioni preparatorie all’esame (consenso informato)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 Insufficiente | * 2 Scarsa | * 3 Sufficiente | * 4 Buona | * 5 Ottima |

1. Rispetto della privacy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 Insufficiente | * 2 Scarso | * 3 Sufficiente | * 4 Buono | * 5 Ottimo |

1. Pulizia e igiene dell’ambulatorio

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 Insufficienti | * 2 Scarsi | * 3 Sufficienti | * 4 Buoni | * 5 Ottimi |

1. Giudizio complessivo del Servizio

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 Insufficiente | * 2 Scarso | * 3 Sufficiente | * 4 Buono | * 5 Ottimo |

**SUGGERIMENTI E RECLAMI**

Ha riscontrato ragionevoli motivi per cui è rimasto insoddisfatto?

|  |  |
| --- | --- |
| * 1 si | * 2 no |

Se SI ci può esprimere le Sue osservazioni/considerazioni/reclami?

Per suggerimenti e/o reclami chiamare o inviare fax al num: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o scrivere una mail a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_oppure rivolgersi direttamente al nostro personale