

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI

COGNOME(facoltativo) _____	NOME(facoltativo) _____
DATA DI COMPILAZIONE:	
Sesso <input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina
età _____	
Comune di residenza _____	

Quanto è soddisfatto di:

Gentilezza e competenza personale non medico

Gentilezza e competenza personale medico

Tempi di attesa telefonici

Tempo di attesa per la visita
Minuti:

Comfort dei locali (es. pulizia dei locali, posti a sedere liberi e comodi, servizi igienici)

Orari di apertura del servizio

Semplicità delle pratiche di accettazione amministrativa e di pagamento ticket

Professionalità del medico

Disponibilità all'ascolto

Disponibilità di attrezzature adeguate

Ambienti

Tranquillità e comfort personale

Parcheggi, accessibilità

	per nulla	poco	così così	abbastanza	molto
Gentilezza e competenza personale non medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentilezza e competenza personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempi di attesa telefonici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempo di attesa per la visita Minuti:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comfort dei locali (es. pulizia dei locali, posti a sedere liberi e comodi, servizi igienici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orari di apertura del servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semplicità delle pratiche di accettazione amministrativa e di pagamento ticket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionalità del medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità all'ascolto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità di attrezzature adeguate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquillità e comfort personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parcheggi, accessibilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se aveva già fatto visite o esami presso questa struttura trova che il servizio sia:

- Peggiorato
 Uguale
 Migliorato
 E' la prima volta che utilizzo la struttura