

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE SERVIZI AMBULATORIALI

Gentile Cliente,

è nostro impegno perseguire la qualità dei servizi da noi offerti, in un'ottica di miglioramento continuo ed attenzione alle Vostre esigenze. Per tale motivo è per noi importante conoscere il Suo parere circa i servizi ricevuti, perché questo ci aiuterà a guardare avanti, imparare e crescere.

Le chiediamo di compilare il presente questionario, ponendo una barretta sul grado di soddisfazione che meglio corrisponde alla Sua esperienza e farcelo avere riconsegnato nell'apposito raccoglitore posto in reception-portineria. Non esiti a chiedere supporto in caso di bisogno (domande non chiare; difficoltà di lettura; etc.).

Grazie per la collaborazione.

Il Presidente di Fondazione
Ospedale della Carità

1) *Che visita/prestazione ha fatto?*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Elettrostimolazione / Elettroterapia | <input type="checkbox"/> Radarterapia |
| <input type="checkbox"/> TENS | <input type="checkbox"/> Linfodrenaggio |
| <input type="checkbox"/> Ionoforesi | <input type="checkbox"/> Massoterapia |
| <input type="checkbox"/> Laserterapia | <input type="checkbox"/> Kinesiterapia |
| <input type="checkbox"/> Magnetoterapia | <input type="checkbox"/> Rieducazione neuro-motoria |
| <input type="checkbox"/> Ultrasuoni | <input type="checkbox"/> Tecarterapia |

2) *Le chiediamo di esprimere liberamente un giudizio sulle prestazioni ricevute, utilizzando una scala di valutazione dal punteggio 1 (Poco soddisfatto) al punteggio 5 (Molto soddisfatto)*

Complessivamente in che misura è soddisfatto del servizio ricevuto presso il nostro ambulatorio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3) *Sempre usando la scala di valutazione da 1 (Poco soddisfatto) a 5 (Molto soddisfatto) come valuta i seguenti aspetti del servizio*

- ✓ Servizio di prenotazione
- ✓ Fasce orarie di apertura dell'ambulatorio
- ✓ Accessibilità, confort e pulizia dei locali
- ✓ Professionalità e cortesia degli operatori sanitari
- ✓ Chiarezza e completezza delle informazioni sanitarie ricevute
- ✓ Rapporto qualità/prezzo della prestazione ricevuta

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

4) Come è venuto a conoscenza del nostro servizio ambulatoriale?

- Lo conoscevo già
- Mi è stato indicato dal medico di famiglia
- Mi è stato indicato da parenti/amici
- Ho trovato delle informazioni sul vostro sito internet
- Altro (da indicare) _____

5) Perché ha scelto i nostri ambulatori?

- Li avevo già utilizzati e ne ero rimasto soddisfatto
- È risaputo che i vostri operatori lavorano bene
- Mi sono stati consigliati
- Non ho trovato posto in altri ambulatori
- Altro (da indicare) _____

6) In caso di bisogno, pensa che si rivolgerà ancora ai nostri servizi ambulatoriali?

- Certamente sì
- Non so, ci devo pensare
- Certamente no

7) Consiglierebbe ai suoi parenti/amici i nostri servizi ambulatoriali?

- Certamente sì
- Non so, ci devo pensare
- Certamente no

Dati anagrafici

- Sesso: Maschio Femmina

- Età: _____

- Comune di residenza:
 - Comune di Casalbuttano ed Uniti
 - Altro Comune della Provincia di Cremona (da indicare) _____
 - Alto Comune fuori dalla Provincia di Cremona (da indicare) _____

La invitiamo, utilizzando queste righe, a fornirci **osservazioni e suggerimenti** al fine di migliorare il nostro servizio

I DATI RACCOLTI VERRANNO ANNUALMENTE ELABORATI E RESI DISPONIBILI TRAMITE BILANCIO SOCIALE, SITO E BACHECA DELLA FONDAZIONE (fronte Portineria)