



**QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL CLIENTE**  
(verifica sulle prestazioni delle risorse e sulla qualità dei servizi ambulatoriali)

Pagina 1 di 2

Gentile Cliente,

L'attenzione al paziente rappresenta, per la nostra organizzazione, un valore ma anche una utile fonte informativa attraverso cui individuare azioni finalizzate al miglioramento dei servizi.

In funzione di ciò, ci farebbe cosa gradita conoscere le Sue impressioni relative al servizio erogato, alle prestazioni delle nostre risorse ed alle vostre aspettative.

Vi chiediamo, pertanto, di dedicare alcuni minuti del vostro tempo alla compilazione del presente questionario.

Per ciascuna delle domande poste, barrare la relativa casella corrispondente alla vostra valutazione (1- Insufficiente; 2- Scarso; 3- Accettabile; 4- Buono; 5- Ottimo)

Grazie per la collaborazione.

SETTORE OSPEDALIERO	<input type="checkbox"/> CHIRURGIA	<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE INTENSIVA	<input type="checkbox"/> AMBULATORIO		
<b>ANAGRAFICA</b>					
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Età _____	Provenienza _____		<input type="checkbox"/> ASP	<input type="checkbox"/> Fuori ASP
Scolarità	Nessuna	<input type="checkbox"/> Lic. elem	<input type="checkbox"/> Lic. media	<input type="checkbox"/> diploma	<input type="checkbox"/> laurea
Attività lavorativa	Nessuna <input type="checkbox"/>	Pensionat o <input type="checkbox"/>	Impiegato <input type="checkbox"/>	Imprend. <input type="checkbox"/>	Dirigente <input type="checkbox"/>
<b>FRONT-OFFICE</b>					
<b>Livello di soddisfazione</b>	<i>Insufficiente</i>	<i>Scarso</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Ottimo</i>
1- Come ritiene la Chiarezza delle informazioni ricevute dal personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Come giudica il processo delle prenotazioni delle prestazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - come giudica la Cortesia e disponibilità del personale in fase di erogazione dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Come giudica il comfort della reception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMPETENZE RELAZIONALI</b>					
5 - Come giudica il rapporto con i medici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Come giudica il rapporto con gli infermieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Come giudica il rapporto con i fisioterapisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Come giudica il rapporto con il personale ausiliare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**COMPETENZE ORGANIZZATIVE**

9- Come valuta l'organizzazione delle visite mediche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Come valuta l'organizzazione delle terapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Come giudica l'ambiente ed il comfort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Come giudica il rispetto della privacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Come giudica la qualità dei pasti ricevuti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Come giudica la quantità dei pasti ricevuti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Come giudica l'igiene e la pulizia degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VALUTAZIONE GENERALE**

<b>Livello di soddisfazione</b>	<i>Insufficiente</i>	<i>Scarso</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Ottimo</i>
16- - Come valuta i trattamenti e le terapie ricevute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- - che giudizio da complessivamente a questa struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- consiglierebbe ad altri questa struttura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	Se No, perchè ----- -----	
20 – Conosce Strutture che lavorano meglio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	Se SI, in cosa possiamo migliorare ----- -----	
21- Ritene questo intervista	<input type="checkbox"/> Utile	<input type="checkbox"/> Inutile	<input type="checkbox"/> modificabile	<input type="checkbox"/> altro	
22- Ha compilato il questionario da solo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			

**Note** (eventuali suggerimenti, critiche, ecc.):

Data di compilazione: \_\_\_\_\_