



QUESTIONARIO PROPOSTO AGLI UTENTI

Gentile Signora, Gentile Signore,
siamo interessati a conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto presso la nostra struttura: grazie alle Sue indicazioni sarà possibile migliorare la qualità delle prestazioni che forniamo alla cittadinanza. Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario che è completamente anonimo, sia in fase di raccolta, che nella fase successiva di trattamento ed elaborazione dati.
Le siamo davvero grati per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

La Direzione

Il paziente ha usufruito di:

ricovero visita ambulatoriale chirurgia ambulatoriale esame

In quale Reparto/Ambulatorio?

- cardiologia chirurgia generale dermatologia medicina interna
 medicina dello sport medicina riabilitativa neurologia oculistica
 odontoiatria oncologia ortopedia e traumatologia otorinolaringoiatria
 analisi radiologia Altro:

È la prima volta che si rivolge a questa Struttura?

Sì No

Per quale motivo ha scelto questa Struttura Sanitaria?

- Consigliata dal medico Consigliata da amici/famigliari
 Conosco gli operatori e ho fiducia in loro E' vicino a casa
 Tramite sito internet Tramite giornali, riviste, ecc..
 Altro (specificare) _____

Collaborazione del paziente/Parente alla gestione del rischio clinico della struttura

Ha percepito/vissuto eventi e/o situazioni di pericolo No Sì

Se Sì, quali: _____

SODDISFAZIONE GENERALE

NEL COMPLESSO, esprima il suo livello di soddisfazione per il servizio ricevuto. Il servizio è stato:

Ottimo Buono Accettabile Scarso

Ritiene che il Suo problema di salute sia stato adeguatamente trattato?



SI NO Non saprei

EVENTUALI OSSERVAZIONI

Può aggiungere, se lo desidera, osservazioni in merito al servizio che l'Azienda Le ha prestato:
