

Gentile signora/e le chiediamo cortesemente di dedicarci pochi minuti per compilare il seguente questionario. Il suo contributo ci sarà di grande aiuto per migliorare il nostro servizio e le prestazioni che esso offre agli utenti.

Il questionario è del tutto anonimo (nome e firma sono facoltativi mentre si prega di indicare la data di compilazione) e dopo la compilazione dovrà essere inserito nell' apposita cassetta di raccolta.

Per la compilazione basterà apporre una crocetta sul numero che corrisponde alla risposta da lei scelta.

Grazie per la Collaborazione

Sesso: Maschio Femmina ; Età : _____

Ha preso visione della Carta dei Servizi esposta in sala d'attesa ? Si No

QUESITI	PUNTEGGIO		
	1 (poco)	2 (abbastanza)	3 (molto)
1. Secondo lei la sala d'attesa è accogliente in termini di: -comodità delle sedie -temperatura ambientale -spazio a disposizione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Secondo lei i locali a disposizione per effettuare le terapie risultano accoglienti in termini di: -comodità dei lettini e/o sedie -temperatura ambientale -spazio a disposizione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Il personale addetto alle funzioni di segreteria-accettazione si rivolge a lei con cortesia e disponibilità, nelle fasi di: - prenotazione telefonica - prenotazione diretta in segreteria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Le è stato semplice avere informazioni relative alle terapie da svolgere, ai tempi e alle modalità di fruizione del servizio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Il personale tecnico (fisioterapisti, logopedisti, ecc) si rivolge a lei con cortesia e disponibilità dedicandole la giusta attenzione?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Il personale tecnico svolge con la dovuta accuratezza le terapie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Il personale medico specialistico si è mostrato disponibile ed attento alle sue necessità- richieste?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Se dovesse esprimere un giudizio generale sul servizio ricevuto, come lo definirebbe?	1 (poco positivo) <input type="checkbox"/>	2 (abbastanza positivo) <input type="checkbox"/>	3 (molto positivo) <input type="checkbox"/>
9. In merito alla gestione della Emergenza Covid -19 , ritiene sufficienti ed appropriate le misure di prevenzione del contagio messe in atto nella struttura? (ingresso controllato, triage, uso di mascherine e abbigliamento protettivo, pulizia e sanificazione dei locali e dell'aria, etc)	1 (poco positivo) <input type="checkbox"/>	2 (abbastanza positivo) <input type="checkbox"/>	3 (molto positivo) <input type="checkbox"/>

Eventuali Suggestimenti:

Nome e Cognome (facoltativo)

Data (obbligatoria): ____/____/____

Firma (facoltativa)

