

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AMBULATORIO PREOSPEDALIZZAZIONE

Gentile **Signora**, Gentile **Signore**,

Per poter rispondere sempre meglio alle esigenze dei nostri pazienti, desideriamo raccogliere le loro opinioni. Per questo Le chiediamo cortesemente di rispondere alle seguenti domande, segnando con una crocetta la Sua risposta. Il Suo contributo ci sarà di grande aiuto per migliorare il nostro servizio. Il questionario è del tutto anonimo il Suo nome, la firma ed il recapito sono facoltativi. Il questionario compilato può inserirlo nell'apposita cassetta posta accanto all'accettazione al piano terra.

Grazie per la collaborazione.

Gli orari di apertura dell'accettazione amministrativa corrispondono alle sue esigenze SI NO

Il personale dell'accettazione amministrativa ha tenuto un atteggiamento corretto e disponibile
 SI NO

Le sono state fornite tutte le informazioni necessarie in modo chiaro e comprensibile SI NO

E' stato possibile identificare il Personale attraverso il cartellino di riconoscimento SI NO

Le modalità di consegna della documentazione sanitaria (certificazioni, referti) sono adeguate
 SI NO

Come valuta l'assistenza medica ricevuta? Insufficiente Buono Ottimo

Come valuta l'assistenza ricevuta da parte dell'infermiere/tecnico di radiologia?
 Insufficiente Buono Ottimo

Come valuta la cortesia del personale sanitario? Insufficiente Buono Ottimo

Come valuta le informazioni ricevute dai Medici? Insufficiente Buono Ottimo

Come valuta la pulizia degli spazi comuni Insufficiente Buono Ottimo

Come valuta la pulizia degli spazi dedicati Insufficiente Buono Ottimo

Come valuta la pulizia dei servizi igienici Insufficiente Buono Ottimo

Come valuta i tempi di attesa per la prestazione Insufficiente Buono Ottimo

Lasci un suo commento, ci aiuterà a migliorare la qualità del nostro lavoro
