Gentile Utente, La invitiamo cortesemente a rispondere alle seguenti domande per aiutarci a migliorare l'assistenza e la qualità del Nostro Servizio nei Suoi confronti. Barri il quadratino sotto l'espressione che meglio esprime la Sua opinione.

Età:_____ Sesso_____

CHE COSA PENSA RIGUARDO A:	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco soddisfatto	Insoddisfatto
Informazioni ricevute dal servizio!				
Informazioni diffuse relativamente ai servizi offerti	❒	❒!	❒!	❒!
Tempi di attesa e accoglienza del Centro				
Aspetto della Struttura	❒	❒!	❒!	❒!
Orari ed organizzazione	❒	❒!	❒!	❒!
Pulizia dei locali	❒	❒!	❒!	❒!
Tempo di attesa	❒	❒!	❒!	❒!
Competenza e cortesia del personale				
Cortesia, professionalità ed assistenza ricevuta dal personale di segreteria	❒	❒!	❒!	❒!
Disponibilità, professionalità e competenza dimostrata dal personale sanitario	❒	❒!	❒!	❒!
Prontezza e precisione nel soddisfare le richieste del paziente	❒	❒!	❒!	❒!
Grado di soddisfazione				
Grado di soddisfazione "complessivo" circa la Qualità dei servizi offerti	❒	❒!	❒!	❒!

Suggerimenti - Reclami

_____

_____

(Facoltativo: inserire contatti per la gestione del reclamo)

_____

Data di compilazione _____