



QUESTIONARIO DI GRADIMENTO UTENTI




Gent.le Signora, Egr. Signore, rispondendo alle domande del questionario con critiche e suggerimenti ci darà la possibilità di conoscere la Sua opinione e migliorare la qualità degli stessi.

<u>Sesso:</u>	<u>Età:</u>	<u>Nazionalità:</u>	<u>Titolo di studio:</u>	<u>Attività:</u>
Maschio <input type="checkbox"/>	18 – 30 <input type="checkbox"/>	Italiana <input type="checkbox"/>	Licenza Elementare <input type="checkbox"/>	Studente <input type="checkbox"/>
Femmina <input type="checkbox"/>	31 – 50 <input type="checkbox"/>	Straniera <input type="checkbox"/>	Licenza Media <input type="checkbox"/>	Casalinga <input type="checkbox"/>
	51 – 70 <input type="checkbox"/>		Licenza Media Superiore <input type="checkbox"/>	Impiegato <input type="checkbox"/>
	oltre 70 <input type="checkbox"/>		Laurea <input type="checkbox"/>	Libero Professionista <input type="checkbox"/>
				Altro <input type="checkbox"/>




E' la prima volta che si reca presso il nostro Istituto? Si ☐ No ☐

Chi le ha consigliato questo Istituto?

Medico curante ☐ Familiari ☐ Conoscenti/Amici ☐ Altro ☐

			
1. Cortesia e disponibilità del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tempi di attesa alle casse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Disponibilità personale amministrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Assistenza medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tempi di attesa per il prelievo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pulizia degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Confort e adeguatezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ufficio Relazioni Pubblico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come giudica la prestazione ricevuta?

		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cosa ritiene possa essere migliorato?

Le prestazioni mediche ☐
L'assistenza infermieristica e/o tecnica ☐

I tempi di attesa allo:

Sportello Amministrativo ☐
Sportello Sanitario ☐
Sportello Ritiro Referti ☐

I tempi di attesa per le prestazioni di:

Visite ☐ Prelievo ☐ Radiodiagnostica ☐

Suggerimenti e critiche:

Il questionario è anonimo non occorre firmarlo. Imbucare nell'apposita cassetta posta situata presso il Poliambulatorio, il Dipartimento di Diagnostica per l'Immagine e l'ufficio Relazioni con il Pubblico.
Si ringrazia per la collaborazione.

Roma, _____