



## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO UTENTI

Gentile Signora, Egregio 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  Famigliari  Conoscenti/Amici  Altro

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

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

### Come giudica la prestazione ricevuta?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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, \_\_\_\_\_