

INMI “Lazzaro Spallanzani”

Questionario di Gradimento

Ci impegniamo a offrirle la migliore esperienza possibile, quindi i suoi commenti sono molto graditi.

Compili questo questionario e lo inserisca nella cassetta all'ingresso.

Grazie.

1 Come ha prenotato?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CUP Spallanzani | <input type="checkbox"/> Call Center RECUP |
| <input type="checkbox"/> Email | <input type="checkbox"/> Ambulatorio/Servizio |

2 Ha avuto difficoltà nel contattare la struttura per prenotare la prestazione sanitaria?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> Soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Insoddisfatto | <input type="checkbox"/> Non Risponde |

3 Il personale addetto alle prenotazioni si è dimostrato efficace nell'accogliere le sue richieste?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> Soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Insoddisfatto | <input type="checkbox"/> Non Risponde |

4 Quale modalità di pagamento ha utilizzato?

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sportello Cup | <input type="checkbox"/> PagoPA |
|--|---------------------------------|

5 Gli operatori di front office addetti alla pratica amministrativa sono stati efficaci e disponibili?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> Soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Insoddisfatto | <input type="checkbox"/> Non Risponde |

6 Ha aspettato molto tempo per effettuare l'accettazione amministrativa ambulatoriale?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> Soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Insoddisfatto | <input type="checkbox"/> Non Risponde |

7 L'orario della prestazione sanitaria è stato rispettato?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> Soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Insoddisfatto | <input type="checkbox"/> Non Risponde |

8 Il personale medico le ha fornito informazioni chiare, comprensibili ed esaustive?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> Soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Insoddisfatto | <input type="checkbox"/> Non Risponde |

INMI “Lazzaro Spallanzani”

9 Il personale infermieristico/tecnico le ha fornito informazioni chiare e comprensibili?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> Soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Insoddisfatto | <input type="checkbox"/> Non Risponde |

10 Il tempo dedicato alla prestazione sanitaria è stato adeguato?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> Soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Insoddisfatto | <input type="checkbox"/> Non Risponde |

11 In generale, è stata garantita la tutela della riservatezza e della privacy?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

12 Secondo lei, l'ambiente e il comfort delle sale d'attesa erano soddisfacenti?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> Soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Insoddisfatto | <input type="checkbox"/> Non Risponde |

13 Secondo lei, i servizi igienici e gli ambienti comuni erano puliti?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> Soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Insoddisfatto | <input type="checkbox"/> Non Risponde |

14 Ha avuto difficoltà nel ritirare i referti? E se sì, indirarne la tipologia:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cartella |
| <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica | <input type="checkbox"/> Analisi Cliniche |

15 La segnaletica dell'ospedale le è stata di aiuto nell'orientarsi all'interno della struttura?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> Soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Insoddisfatto | <input type="checkbox"/> Non Risponde |

16 Consiglierebbe questa struttura sanitaria ad altri pazienti?

- | |
|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sì |
| <input type="checkbox"/> No |

17 Complessivamente come valuta la sua esperienza presso la nostra struttura?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> Soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Insoddisfatto | <input type="checkbox"/> Non Risponde |

Condividi eventuali commenti o suggerimenti aggiuntivi.

[illegible]

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Questionario di gradimento

Compilato in forma anonima

Relativo alla qualità dell'organizzazione, le relazioni cittadino-Istituto, l'efficienza, la qualità e il livello di soddisfazione generale.

Le impressioni raccolte serviranno alla Direzione per valutare il servizio erogato e saranno utilizzate per migliorare il sistema e accrescere la qualità dei percorsi organizzativi ed assistenziali.