

Il questionario che le chiediamo di compilare ha lo scopo di aiutarci a capire se il servizio fornito dalla nostra struttura ha risposto alle sue attese, oppure se può essere migliorato; indichi con un segno la risposta che le sembra più adatta.

Restituisca il questionario compilato all'operatore, o lo inserisca nell'apposita cassetta presente all'ingresso, oppure lo invii tramite fax al numero 035 290358 o per posta al Centro di Radiologia e Fisioterapia di Gorle – via Roma, 28 – 24020 Gorle (BG).

Nel ringraziarla per la sua cortese attenzione e collaborazione, si informa che i risultati della presente indagine saranno elaborati al fine di un continuo miglioramento della struttura.

## Radiologia

**Data di compilazione** \_\_\_\_\_

**D01 - Come ha prenotato?**

Telefonicamente ☐    Allo sportello ☐    Internet ☐    Altro ☐    Non so ☐    Nessuna Prenotazione ☐

**QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI ?**

## D02 - Servizio di prenotazione

(orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, informazioni ricevute )

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

### D02.1 - Cortesia degli operatori

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5      ☐ 6      ☐ 7

Per niente soddisfatto                                  Molto soddisfatto

**D03 - Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione**

[illegible]

**D04 - Servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket**

(cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

**1**      **2**      **3**      **4**      **5**      **6**      **7**

Per niente soddisfatto                          Molto soddisfatto

### D04.1 - **Attesa allo sportello**

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

## D05 - Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti

**1**      **2**      **3**      **4**      **5**      **6**      **7**

Per niente soddisfatto                          Molto soddisfatto

**D06 - Rispetto degli orari previsti**

**1**      **2**      **3**            **4**      **5**      **6**      **7**

Per niente soddisfatto    Molto soddisfatto



D07 - **Attenzione ricevuta dal personale medico**  
(accuratezza della visita, cortesia)

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D08 - **Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute**

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D09 - **Attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico**  
(accuratezza, cortesia, informazioni)

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D10 - **Rispetto della riservatezza personale**

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D11 - **COMPLESSIVAMENTE QUANTO È SODDISFATTO DEL NOSTRO SERVIZIO?**

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D12 - **CONSIGLIEREBBE AD ALTRI QUESTA STRUTTURA?**

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

A13 - **Sesso** ☐M ☐F

A14 - **Età**

A15 - **Scolarità** Nessuna ☐ Scuola dell'obbligo ☐ Scuola superiore ☐ Laurea ☐

A16 - **Nazionalità** Italiana ☐ Europea ☐ Extraeuropea ☐

**Osservazioni e Suggerimenti**

---

---

---

---

---