



Questionario di gradimento

--	--

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.

Odontoiatria

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

[illegible]



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
