CUSTOMER SATISFACTION

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.

Palestra 2° piano

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**

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

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

_____

_____

_____

_____

_____