



Gentile Utente,

al fine di operare un miglioramento costante della qualità dei servizi offerti alla nostra utenza, viene reso disponibile il presente Questionario. Le chiediamo qualche minuto del Suo tempo per esprimere un giudizio (in forma anonima) sui seguenti aspetti del servizio di cui ha usufruito.

In tal senso, la invitiamo a rispondere alle seguenti domande barrando con una **X** la casella che meglio esprime la Sua opinione e ad imbucare il questionario compilato nell'apposito BOX presente nella zona di accettazione ambulatoriale.

Il presente Questionario è anonimo, i dati raccolti saranno trattati in modo aggregato nel rispetto del Regolamento UE (679/2016) della Privacy.

Grazie per la Sua collaborazione.

Data ____/____/____

CHI COMPILA IL QUESTIONARIO

Sesso: M F **Età:** _____ **Nazionalità** Italiana Unione Europea Extra UE

Professione: Impiegato Libero professionista Disoccupato Atro/Pensionato

Titolo di Studio: scuola elementare scuola media scuola media superiore Laurea

È il suo primo accesso alla Casa di Salute Santa S. Lucia? SI NO

Regime di erogazione con cui si usufruisce del servizio: S.S.N. Privato Assicurato

Servizio Parcheggio: Soddisfatto Non soddisfatto Non ho usufruito del servizio

Come è venuto a conoscenza della Casa di Salute S. Lucia?

Segnalazione del medico curante Mezzi di informazione (internet, giornali)

Consiglio di un conoscente/parente Altro _____

ATTIVITA' AMBULATORIALE O DIAGNOSTICA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia generale mininvasiva |
| <input type="checkbox"/> Dietetica e nutrizione clinica | <input type="checkbox"/> Pneumologia – spirometria |
| <input type="checkbox"/> Oculistica | <input type="checkbox"/> Chirurgia plastica |
| <input type="checkbox"/> Reumatologia | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatra |
| <input type="checkbox"/> Urologia/Andrologia | <input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare | <input type="checkbox"/> Medicina interna |
| <input type="checkbox"/> Ostetricia e ginecologia | <input type="checkbox"/> Neurologia |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Gastroenterologia e videoendoscopia digestiva |
| <input type="checkbox"/> Risonanza Magnetica/TAC | <input type="checkbox"/> Radiologia tradizionale |
| <input type="checkbox"/> Ecografia | <input type="checkbox"/> Laboratorio analisi |



Per esprimere il suo livello di gradimento attribuisca un valore da 1 a 5 ad ogni risposta:

1=per niente soddisfatto; 2= poco soddisfatto; 3=abbastanza soddisfatto; 4=soddisfatto; 5=molto soddisfatto.

QUANTO E' SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

Per favore esprima una valutazione per ogni aspetto

	1	2	3	4	5
1. Accoglienza e Organizzazione (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 Facilità nel contattare la struttura per prenotare la visita/esame diagnostico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Tempi di attesa e disbrigo pratica in accettazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Cortesia e disponibilità degli operatori all'accettazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Tempo di attesa tra la prenotazione e la visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
2. Assistenza Medica (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Professionalità ed accuratezza durante la visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Tempo ed attenzione dedicate durante la visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Chiarezza e tempestività nel fornire informazioni sulle cure e sullo stato di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Tutela della riservatezza e della privacy durante la visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
3. Assistenza infermieristica ed altro personale sanitario (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1 Attenzione del personale infermieristico/tecnico nel rispondere alle richieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Presenza e disponibilità del personale infermieristico/tecnico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Accuratezza delle informazioni ricevute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Tutela della riservatezza e della privacy durante le procedure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
4. Ambienti e struttura (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Comfort, funzionalità e cura degli ambienti comuni e dei servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Igiene e pulizia dell'ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
5. Nel complesso quanto è soddisfatto della Sua esperienza presso la Casa di Salute S. Lucia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
6. Consiglierebbe questa struttura sanitaria ad altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assolutamente no < ----- > Assolutamente si