



QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI

VERSIONE WEB

INNANZITUTTO, DI CHE TIPO DI PRESTAZIONE HA USUFRUITO?

- RADIOLOGIA TRADIZIONALE (RX, ALTRO); RADIOLOGIA AVANZATA (TAC, RMN);
 FISIOKINESITERAPIA; VISITA SPECIALISTICA; LABORATORIO ANALISI;
 ALTRO (*SPECIFICARE*): _____

<i>N°</i>	<i>Quesito</i>	<i>Risposta</i>
1	GLI ORARI DI APERTURA DEL POLIAMBULATORIO CORRISPONDONO ALLE SUE ESIGENZE ?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
2	COME CONSIDERA IL TEMPO MEDIO DI ATTESA PER LA PRESTAZIONE ?	<input type="checkbox"/> Breve <input type="checkbox"/> Accettabile <input type="checkbox"/> Lungo
3	COME GIUDICA LE MODALITÀ INTERNE DI ACCETTAZIONE, EROGAZIONE DELLAPRESTAZIONE E RITIRO ESAMI?	<input type="checkbox"/> Buone <input type="checkbox"/> Sufficienti <input type="checkbox"/> Insufficienti
4	COME VALUTA PULIZIA E CONFORT DI AMBIENTI E LOCALI ?	<input type="checkbox"/> Accurati <input type="checkbox"/> Normali <input type="checkbox"/> Carenti
5	NEL COMPLESSO, È SODDISFATTO/A DI AVER SCELTO QUESTA STRUTTURA?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
6	LA SCEGLIEREBBE NUOVAMENTE IN CASO DI BISOGNO?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

SUGGERIMENTI ALLA DIREZIONE PER MIGLIORARE I SERVIZI
