

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO
Riabilitazione Ambulatoriale

Gentile cliente

al fine di migliorare i nostri servizi, Le chiediamo di dedicarci qualche minuto alla compilazione del presente questionario. La Sua opinione è per noi molto importante perché può permetterci di adeguare sempre più le nostre prestazioni alle esigenze e ai desideri dei nostri clienti. La ringrazio anticipatamente per la Sua collaborazione.

La direzione

1) *Che visita/prestazione ha fatto oggi?*

Visita fisiatrica	<input type="checkbox"/>	Visita ortopedica	<input type="checkbox"/>
Rieducazione motoria	<input type="checkbox"/>	Visita urologica	<input type="checkbox"/>
Elettrostimolazione/elettroterapia	<input type="checkbox"/>	Visita geriatrica	<input type="checkbox"/>
Magnetoterapia	<input type="checkbox"/>	Visita chirurgica	<input type="checkbox"/>
Laserterapia	<input type="checkbox"/>	Visita Cardiologica	<input type="checkbox"/>
Ultrasuonoterapia	<input type="checkbox"/>	Visita neurologica	<input type="checkbox"/>
Radarterapia	<input type="checkbox"/>	Logoterapia	<input type="checkbox"/>
Linfodrenaggio	<input type="checkbox"/>	Trattamento podologico	<input type="checkbox"/>
Massoterapia	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia trattamento individuale	<input type="checkbox"/>
Terapia occupazionale individuale	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>

2) *Le chiediamo di esprimere liberamente un giudizio sulle prestazioni ricevute oggi utilizzando una scala di valutazione dal punteggio 1 (Poco soddisfatto) al punteggio 5 (Molto soddisfatto)*

Complessivamente in che misura è soddisfatto delle prestazioni ricevuto presso i nostri ambulatori?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3) *Sempre utilizzando la scala di valutazione da 1 (Poco soddisfatto) a 5 (Molto soddisfatto) come valuta i seguenti aspetti del servizio?*

✓ Servizio di prenotazione della visita	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
✓ Tempo di attesa dalla prenotazione alla prestazione	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
✓ Accessibilità, confort e pulizia della struttura	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
✓ Professionalità e cortesia dei medici e degli operatori	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
✓ Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
✓ Rapporto qualità/prezzo della prestazione ricevuta	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		

4) *Come è venuto a conoscenza dei nostri ambulatori?*

Li conoscevo già

- Mi sono stati indicati dal medico di famiglia
- Mi sono stati indicati da parenti/amici
- Ho saputo di loro da internet
- Ho visto il loro depliant
- Altro (da indicare) _____

5) Perché ha scelto i nostri ambulatori?

- Li avevo già utilizzati e ne ero rimasto soddisfatto
- E' risaputo che i vostri medici/operatori lavorano bene
- Mi sono stati consigliati
- Non c'era posto in altri ambulatori della città
- Altro (da indicare) _____

6) Nel corso degli ultimi 12 mesi quante volte ha utilizzato dei servizi ambulatoriali, anche differenti dai nostri?

- Meno di 5 volte l'anno
- Tra le 5-10 volte l'anno
- Più di 10 volte l'anno

7) In caso di bisogno, pensa che si rivolgerà ancora ai nostri ambulatori?

- Certamente sì
- Non so
- Certamente no

8) Consiglierebbe ai suoi parenti/amici i nostri ambulatori?

- Certamente sì
- Non so
- Certamente no

Dati anagrafici:

- Sesso: Maschio Femmina

- Età (da indicare) _____

- Comune di residenza:
 - Città di Cremona
 - Altro Comune della Provincia di Cremona
 - Comune fuori dalla Provincia di Cremona