

## 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 ringraziamo anticipatamente per la Sua collaborazione.*

*La direzione*

\*\*\*\*\*

1) Che visita/prestazione ha fatto oggi?

Visita fisiatrice	<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 ricevute 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
- ✓ Tempo di attesa dalla prenotazione alla prestazione
- ✓ Accessibilità, confort e pulizia della struttura
- ✓ Professionalità e cortesia dei medici e degli operatori
- ✓ Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute
- ✓ Rapporto qualità/prezzo della prestazione ricevuta

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
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
- ☐ È 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