

## Scheda di valutazione del grado di soddisfazione dei pazienti

**GENTILI PAZIENTI,**

desideriamo conoscere la vostra opinione riguardo l'esperienza vissuta nel nostro Centro, il personale che vi opera ed i servizi che esso offre. Le vostre indicazioni ci serviranno per identificare i problemi esistenti e i possibili interventi per **migliorare la qualità** del nostro servizio.

Il questionario che viene proposto è assolutamente anonimo; se desiderate potete firmarlo, mantenendo comunque il diritto alla massima riservatezza, così come disposto dalla L.196/2003. Una volta compilata la scheda deve essere consegnata presso la segreteria.

**Informazioni sulla persona che risponde al questionario**

Sesso M  F  Et  \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	In che misura il Centro soddisfa questo aspetto del servizio?		
	Poco	Abbastanza	Totalmente
1. Tempi di accettazione			
2. Procedura di presentazione reclami			
3. Informazioni sui servizi offerti			
4. Disponibilit� del personale medico a fornire informazioni			
5. Comfort delle aree di ricezione			
6. Misure di privacy adottate			
7. Cortesia e capacit� relazionali			
8. Chiarezza delle procedure amministrative			

**Giudizio complessivo**

Complessivamente, quanto e rimasto soddisfatto del servizio offerto?

Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Quali sono, secondo lei, gli aspetti positivi del servizio offerto?

--

Quali sono, secondo lei, gli aspetti negativi del servizio offerto?

--

In caso di bisogno, consiglierebbe il Centro ad altri?

SI                      NO

Data: \_\_\_\_\_

**GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE.**