

# QUESTIONARIO SODDISFAZIONE PAZIENTI



**Ed.**

**2**

**Rev.**

**3**

**del**

**09/02/2024**

**MOD. 9.5**

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ETA' \_\_\_\_\_

SESSO F  M

**È LA PRIMA VOLTA CHE VIENE NEL NOSTRO CENTRO?**

**COME HA CONOSCIUTO IL CENTRO?**

- PASSAPAROLA
- MEDICO CURANTE/ SPECIALISTA
- INTERNET
- PASSAVO DAVANTI E L'HO VISTO
- ALTRO \_\_\_\_\_

**ESPRIMA UN GIUDIZIO SUI SERVIZI DEL CENTRO INDICANDO LA CASELLA CORRISPONDENTE (in caso di risposta mediocre/scadente- vogliate indicarcene i motivi)**

<i>Accettazione</i>						
REQUISITO	ottimo	buono	sufficiente	mediocre	scadente	Motivo
Modalità Ascolto richieste utenza						
Confort – Privacy-ambienti						
Efficienza e Disponibilità del personale						
Chiarezza informazioni rilasciate						
Tempi Attesa						
<i>Erogazione servizio FKT</i>						
REQUISITO	ottimo	buono	sufficiente	mediocre	scadente	Motivo
Igiene degli ambienti						
Efficienza e capacità del Personale						
Rispetto Tempi di esecuzione prestazione						
<b><i>Prestazione professionale: nome del Fisioterapista</i></b> _____						
REQUISITO	ottimo	buono	sufficiente	mediocre	scadente	Motivo
Chiarezza informazioni fornite in merito alla terapia						
Il terapeuta è stato professionale e capace?						
La chiamava con puntualità?						

**HA DOVUTO ATTENDERE TRA LA PRENOTAZIONE E L'INIZIO DELLE PRESTAZIONI?**    Si    No

Se sì ci indichi quanti giorni \_\_\_\_\_

**NEL COMPLESSO È SODDISFATTO E TORNERA' PER UN SERVIZIO DEL CENTRO?**    Si    No

Se no, perché \_\_\_\_\_

**SUGGERIRA' QUESTO CENTRO AD UN SUO CONOSCENTE?**    Si    No

Se no, perché \_\_\_\_\_

**Suggerimenti e proposte per migliorare il nostro servizio** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_