

Gentile Signora/Signore

Informazioni Generali

Indichi la Sua età e sesso: età__sesso F M

Indichi la Sua
nazionalità:

Italiana
 Europea
 Extraeuropea

Indichi la Sua
scolarità:

Nessuna
 Scuola dell'obbligo
 Scuola superiore
 Laurea

Come ha
prenotato?:

Telefonicamente
 Recandomi in struttura
 Altro

In quale regime di
trattamento sono
inserite le
prestazioni che
riceve?

SSN (ticket)
 Solvente (privato)

Ha già usufruito in passato dei servizi di
Riabilitazione presso la Nostra Struttura?

SI

NO

DATA DELLA COMPILAZIONE _____

La preghiamo di rispondere con attenzione alle seguenti domande relative all'ambiente, le prestazioni ed i servizi che sta attualmente ricevendo presso la nostra struttura esprimendo anche il Suo grado di soddisfazione al riguardo.

Per rispondere alle domande è sufficiente apporre una crocetta sulla risposta che si ritiene più adeguata.

Per facilitare l'espressione più sincera delle Sue valutazioni il questionario non va firmato.

Esso potrà essere depositato anonimo nell'apposito contenitore situato presso l'ingresso della Struttura.

La ringraziamo sin d'ora per la collaborazione e l'aiuto che ci vorrà dare



QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Contrada Acquabianca – Maida (CZ)

Tel.: 0968. 750053 - 3661154201

E-mail: info@villarachele.clinic

**COME GIUDICA IL GRADO DI SODDISFAZIONE O
INSODDISFAZIONE DEI SEGUENTI ASPETTI?**

SODDISFAZIONE			INSODDISFAZIONE	
Eccellente	Buona	Sufficiente	Insufficiente	Molto Scarsa



1) Prenotazione

(Orario di apertura, attesa al telefono o allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2) Servizio di accettazione amministrativa e pagamento prestazioni

(Orario di apertura, attesa al telefono o allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3) Accessibilità, comfort e pulizia ambienti

(sala d'attesa, palestra, reparti)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4) Rispetto degli orari

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5) Orario di apertura

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6) Rispetto della riservatezza personale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7) Qualità delle prestazioni ricevute

(accuratezza, chiarezza delle informazioni)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

OSSERVAZIONI

**COME VALUTA COMPLESSIVAMENTE L'ESPERIENZA DI
RICOVERO E CURA RIGUARDO I SEGUENTI ASPETTI?**

8) Cure a Lei prestate

Eccellente	Buona	Sufficiente	Insufficiente	Molto Scarsa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Soddisfacimento delle aspettative che Lei aveva prima dell'esecuzione delle prestazioni

Eccellente	Buona	Sufficiente	Insufficiente	Molto Scarsa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Quali sono gli aspetti che ha gradito maggiormente? (possibili 3 scelte)

- Organizzazione ed efficienza
- Informazioni e comunicazioni
- Attenzione al paziente
- Riservatezza e privacy
- Professionalità
- Qualità delle cure ricevute
- Comfort

11) Quali sono gli aspetti che ha gradito meno? (possibili 3 scelte)

- Organizzazione ed efficienza
- Informazioni e comunicazioni
- Attenzione al paziente
- Riservatezza e privacy
- Professionalità
- Qualità delle cure ricevute
- Comfort