



Clinica Villa Pia

POLISPECIALISTICA PRIVATA CONVENZIONATA

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO PAZIENTI AMBULATORIALI

Gentile ospite,

Al fine di rendere il servizio sempre più soddisfacente e in linea con le Sue aspettative saremmo interessati a conoscere la Sua opinione riguardo alla nostra Clinica, al personale che vi opera ed ai servizi che esso eroga.

Il Suo giudizio e le Sue osservazioni avranno un'importanza notevole in quanto consentiranno di mettere in evidenza eventuali problemi esistenti e quindi, i possibili interventi da realizzare al fine di eliminare le cause di insoddisfazione e di migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi che Le vengono offerti.

La Direzione

1) **Ha usufruito di una prestazione riguardante:**

- Poliambulatorio TC/RM Center Fisiocenter Laboratorio Analisi

2) **Ha usufruito di una prestazione:**

- Privata Convenzionata (SSN) Assicurata

3) **Ha conosciuto la nostra struttura**

- su consiglio del medico curante su consiglio di amici e parenti
 perché vicino a casa / lavoro Consultando WEB, Social e Quotidiani
 altro

4) **Quale genere di esame/terapia ha effettuato?**

Che cosa pensa rispetto a: (barrare con una X il giudizio)	Molto Soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto Insoddisfatto
1. Facilità di accesso alle prenotazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Disponibilità e cortesia del personale prenotazioni/ Accettazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tempo di attesa per <u>accettazione</u>	<input type="checkbox"/> <small>(meno di 15 minuti)</small>	<input type="checkbox"/> <small>(tra 15 a 30 minuti)</small>	<input type="checkbox"/> <small>(tra 30 a 60 minuti)</small>	<input type="checkbox"/> <small>(oltre 60 minuti)</small>
5. Sale di attesa e luoghi adibiti alle indagini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Capacità professionali degli operatori nell'erogazione della prestazione sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rispetto del suo diritto alla riservatezza nell'iter sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Riconoscimento degli operatori (cartellino di riconoscimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Giudizio globale sulla struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Clinica Villa Pia

POLISPECIALISTICA PRIVATA CONVENZIONATA

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO PAZIENTI AMBULATORIALI

5) **Consiglierebbe la Casa di Cura Villa Pia ai Suoi conoscenti?**

Sì No

Se No, perché?

.....
.....

6) **Ritiene utile l'apertura dei servizi ambulatoriali anche di sabato pomeriggio?**

Sì No

7) **Ritiene utile l'apertura dei servizi ambulatoriali anche di domenica?**

Sì No

Osservazioni, suggerimenti, eventuali proposte per ulteriori servizi, reclami:

.....
.....

(DATI FACOLTATIVI)	
Nome	Cognome
Professione	Tel
Indirizzo e-mail	

Potrà inserire il questionario compilato nella apposita cassetta.

Grazie

Roma,

Firma (Facoltativa)