

Gentile Signore/a,

obiettivo prioritario della nostra Casa di cura è quello di soddisfare compiutamente le esigenze dei cittadini utenti e di migliorare costantemente la qualità dei nostri servizi; per raggiungere tale obiettivo è indispensabile conoscere il giudizio e le opinioni di tutti coloro che hanno usufruito delle nostre prestazioni.

Abbiamo, quindi, predisposto alcune domande alle quali La preghiamo di rispondere sbarrando con una penna o una matita il quadrato corrispondente al giudizio che meglio esprime la Sua opinione.

Il questionario dovrà essere compilato in forma anonima e imbucato nella apposita cassetta, situata nella sala di attesa, dopo avere usufruito delle prestazioni ambulatoriali. La ringraziamo per la cortese collaborazione e Le porgiamo i nostri migliori saluti .

SEZIONE A – Dati Generali

A.1 Sesso	maschio <input type="checkbox"/>	femmina <input type="checkbox"/>	A.2 Et�	anni.....	
A.3 Stato civile	celibe/nubile <input type="checkbox"/>	coniugato/a <input type="checkbox"/>	vedovo/a <input type="checkbox"/>		
A.4 Professione			A.5 Comune di residenza
A.6 Tipo di assistenza:	Servizio Sanitario Nazionale <input type="checkbox"/>		privato <input type="checkbox"/>		
A.7 Chi Le ha indicato la nostra Casa di cura?					
	Medico di base <input type="checkbox"/>	Medico specialista <input type="checkbox"/>	Parenti/Amici <input type="checkbox"/>	Mass-media <input type="checkbox"/>	

SEZIONE B – Prenotazione ed accettazione

B.1 Come ha effettuato la prenotazione?	Per telefono <input type="checkbox"/>	allo sportello <input type="checkbox"/>	
B.2 Quanti giorni ha dovuto attendere per l'appuntamento ?		
B.3 Quanto tempo ha dovuto aspettare allo sportello per l'accettazione ?			
	Fino a 15 minuti <input type="checkbox"/>	Fino a 30 minuti <input type="checkbox"/>	Fino a 1 ora <input type="checkbox"/> pi� di a 2 ore <input type="checkbox"/>
B.4 Come si � comportato nei Suoi confronti il Personale della Casa di cura?			
	scortese <input type="checkbox"/>	poco cortese <input type="checkbox"/>	cortese <input type="checkbox"/> molto cortese <input type="checkbox"/>

SEZIONE C – Prestazioni ambulatoriali

C.1 Esprima un giudizio sulla disponibilit� e cortesia dei medici			
	insoddisfatto <input type="checkbox"/>	poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	soddisfatto <input type="checkbox"/> molto soddisfatto <input type="checkbox"/>
C.2 Esprima un giudizio sulla disponibilit� e cortesia degli infermieri			
	insoddisfatto <input type="checkbox"/>	poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	soddisfatto <input type="checkbox"/> molto soddisfatto <input type="checkbox"/>
C.3 Esprima il Suo giudizio complessivo sui servizi della nostra Casa di cura			
	insoddisfatto <input type="checkbox"/>	poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	soddisfatto <input type="checkbox"/> molto soddisfatto <input type="checkbox"/>
C.4 Ha gi� utilizzato i servizi della nostra Casa di cura in precedenza?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
C.5 Se s�, come ha trovato i servizi ?			
	Peggiorati <input type="checkbox"/>	uguali <input type="checkbox"/>	migliorati <input type="checkbox"/> molto migliorati <input type="checkbox"/>

Data di compilazione.....