

## SCHEMA PER LA VALUTAZIONE DEL GRADIMENTO DEI PAZIENTI

Gentile Paziente,

Le chiediamo cortesemente di dedicarci pochi minuti per compilare questo questionario, evidenziando per ogni domanda la voce di risposta corrispondente al Suo giudizio.

Il Suo contributo ci sarà di grande aiuto per migliorare i servizi e le prestazioni che saniRad offre ai pazienti. Il questionario è del tutto anonimo: il Suo nome, la firma ed il recapito sono facoltativi e li potrà inserire solo se desidera avere una risposta diretta ad eventuali quesiti che intende porci. Dopo averlo compilato potrà apporlo nelle apposite cassette situate nelle sale d'attesa.

Grazie per la collaborazione.

### 1 - FACILITA' DI PRENOTAZIONE

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

### 2 - TEMPI DI ATTESA PER OTTENERE LA PRESTAZIONE

Veloci	Accettabili	Lunghi	Molto lunghi
--------	-------------	--------	--------------

### 3 - ACCESSIBILITA' / COMFORT DELLA STRUTTURA

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

### 4 - IGIENE DEI LOCALI

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

### 5 - CORTESIA / DISPONIBILITA' DEL PERSONALE DI ACCOGLIENZA / ACCETTAZIONE

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

### 6 - CORTESIA / DISPONIBILITA' DEL PERSONALE MEDICO / PARAMEDICO

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

### 7 - RISPETTO DELL'ORARIO DELL'APPUNTAMENTO

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

### 8 - RAPPORTO QUALITA' / PREZZO

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

### 9 - CHIAREZZA DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

### 10 - GRADO DI SODDISFAZIONE SULLA PRESTAZIONE

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

**FACOLTATIVO:**

*Se desidera avanzare dei suggerimenti, li scriva nello spazio sottostante*

Se desidera ricevere riscontro sulle sue proposte, per cortesia ci fornisca le informazioni seguenti:

***Cognome e nome***

***Indirizzo***

***Telefono***

Data

Firma