



## **QUESTIONARIO SUL GRADO DI SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI**

### **Poliambulatorio Privato**

### **FORNI**

La compilazione del seguente questionario ci sarà utile per garantire un buon servizio e valutare gli aspetti gestionali da migliorare.

Nel garantirLe che il questionario è assolutamente anonimo, Le saremo grati se lo compilasse al termine della visita specialistica, nell'accertamento diagnostico o della terapia e lo depositasse nell'apposito contenitore di fronte all'accettazione.

La ringraziamo della fiducia accordataci e del tempo che ci dedicherà per la compilazione.

#### **ACCESSO AL POLIAMBULATORIO E FIDELIZZAZIONE**

- Chi Le ha consigliato il nostro Poliambulatorio?
- Medico curante
- Medico specialista
- CUP
- Paziente del Poliambulatorio G. Forni
- Altro

2) E' la prima volta che accede alla nostra struttura?

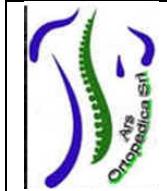
- SI
- NO

3) Se ha già usufruito della struttura, quante volte in precedenza?

- Una
- Alcune volte(2o3)
- Più volte (4 o più)

4) Di quale specialità ha usufruito, questa volta, delle nostre prestazioni? (nel caso di visita con esami, o visita e cure fisioterapiche, barrare)

- CARDIOLOGIA
  - ECOGRAFIA
  - FISIATRIA E FISIOTERAPIE
  - OCULISTICA
  - DERMATOLOGIA
  - NEUROLOGIA
  - ANGIOLOGIA
  - ORTOPEDIA
  - GINECOLOGIA
- VISITA  CURE



5) E le volte precedenti ?

- CARDIOLOGIA
- ECOGRAFIA
- FISIATRIA E FISIOTERAPIE
- OCULISTICA
- DERMATOLOGIA
- NEUROLOGIA
- ANGIOLOGIA
- ORTOPEDIA
- GINECOLOGIA

VISITA  CURE

6) Dove ha effettuato la prenotazione?

Un punto CUP esterno

Presso la nostra accettazione

### **GRADO DI SODDISFAZIONE RELATIVO ALL'ACCOGLIENZA ED IL COMFORT**

7) Se ha effettuato la prenotazione presso il nostro Poliambulatorio, come sono state le informazioni ricevute?

Soddisfacenti  Sufficienti  Scarse

8) Come si è dimostrato il personale addetto?

Gentile  abbastanza gentile  poco gentile

9) Quanto è durato il tempo di attesa per la prenotazione presso il Centro o l'accettazione?

Inferiore ai 10 minuti  dai 10 ai 20 minuti  oltre i 20  minuti

### **GRADO DI SODDISFAZIONE RELATIVO AL SERVIZIO**

10) Ha trovato i locali confortevoli e rispettosi rispetto alla privacy?

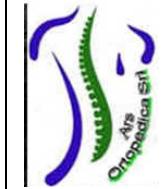
SI  NO

11) Quanto è stato il tempo di attesa rispetto all'orario dell'appuntamento?

Inferiore ai 10 minuti  dai 10 ai 20 minuti  oltre i 20  minuti

12) E' stato soddisfatto della professionalità, della disponibilità e della cortesia dei medici?

Molto  abbastanza  poco



## Ars Ortopedica

Sede operativa: Via San Vitale n.57 Tel 051 269287 [www.poliambulatorioforni.com](http://www.poliambulatorioforni.com)  
Sede legale: Via Scipione Innocenti, 32 40138 BOLOGNA

### CARTA DEI SERVIZI

Allegato 1

Pagina 3 di 3  
Rev.0 del 19/02/2019

13) Il medico Le ha dato informazioni chiare ed esaurienti circa il suo stato di salute?

Molto  abbastanza  poco

14) E' stato soddisfatto della professionalità, delle disponibilità e cortesia dei terapisti?

Molto  abbastanza  poco

15) Ritiene che la pulizia del centro e dei servizi sia adeguata?

Molto  abbastanza  poco

### **GRADO DI SODDISFAZIONE COMPLESSIVA**

Attribuisca un giudizio da 1 a 10 per la prestazione ricevuta nel suo complesso  
(1 giudizio minimo, 10 giudizio massimo)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_