



Santa Maria del Pozzo
Hospital

Gentile Cliente,

la preghiamo di voler rispondere alle domande sottoindicate per aiutarci a migliorare sempre di più il servizio erogato dalla nostra Struttura. Sbarri il quadrato sotto l'espressione che meglio esprime la sua opinione rispetto a ciascuna delle domande poste. Il questionario è anonimo. Le saremo grati se vorrà fornirci, utilizzando lo spazio sottostante, suggerimenti per migliorarci o vorrà segnalarci eventuali aspetti positivi o negativi relativi al suo periodo di trattamento presso la nostra Struttura.

Suggerimenti:

Aspetti positivi

Aspetti negativi

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

ETÀ _____

SESSO

M

F

ASPETTI DEL SERVIZIO	BUONO	MEDIO	SCARSO
Tempo di attesa per inserimento in trattamento			
Benefici dai trattamenti			
Accoglienza da parte del personale di accettazione			
Accoglienza da parte del personale sanitario			
Chiarezza delle informazioni ricevute dal personale di accettazione			
Chiarezza delle informazioni ricevute dal personale medico			
Chiarezza delle informazioni ricevute dai terapisti			
Igiene della Struttura			

Buono =3 punti

Medio =2 punti

Scarso =1 punto