



Le sono state date adeguate informazioni per il ritiro del referto?

Si/No	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Qual è Sua impressione sui servizi igienici dell'Ambulatorio?

Positiva	<input type="checkbox"/>
Negativa	<input type="checkbox"/>
Altro -----	<input type="checkbox"/>

L'orario dello sportello per la consegna dei referti è corrispondente alle Sue esigenze? Se hai risposto "NO" indichi un orario diverso:

Si/No	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

E' stata rispettata la data comunicata per il ritiro del referto?

Si/No	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Preferirebbe che la risposta Le fosse inviata a casa a Sue spese

Si/No	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Il tempo da lei indicato è

accettabile	<input type="checkbox"/>
lungo	<input type="checkbox"/>
eccessivo	<input type="checkbox"/>

Allo sportello per il ritiro del referto ha trovato un atteggiamento corretto e disponibile da parte degli operatori

Si/No	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Riassumendo la Sua esperienza le procedure per l'espletamento dell'esame o visita per il pagamento dell'eventuale ticket le sono parse

accettabili	<input type="checkbox"/>
lunghe	<input type="checkbox"/>
eccessive	<input type="checkbox"/>

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

*Gentile signora,
Egregio signore,*

La preghiamo di prestare attenzione al seguente "questionario" che le viene richiesto allo scopo di avere le Sue valutazioni circa la qualità dei servizi.

Il questionario può essere imbucato nell'apposita cassetta collocata presso l'atrio dell'Azienda, oppure, se crede, consegnato alla postazione Urp/PIP del distretto/presidio.

Le precisiamo, altresì, che il questionario è anonimo e la Sua collaborazione è per noi estremamente importante, poiché ci permette di raccogliere informazioni e suggerimenti utili per poterci migliorare e rispondere in modo sempre più efficace alle esigenze degli utenti di questo distretto/ospedale.

*La ringraziamo per l'attenzione e la collaborazione.
Distinti saluti.*

*Il Direttore Generale
Dr. Giovanni Di Pilla*

Ringraziandola per la collaborazione si precisa che per eventuali Sue segnalazioni suggerimenti, elogi e/o reclami potrà rivolgersi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (PIP)



Alcuni dati personali solo per identificarLa in un gruppo:

Sesso

M	F
---	---

Età

Professione

Di quale visita o esame ambulatoriale ha usufruito o presso quale servizio si è rivolto?

.....
.....

Com'è giunto presso questo Ambulatorio?

autobus	<input type="checkbox"/>
autovettura	<input type="checkbox"/>
da solo	<input type="checkbox"/>
accompagnato	<input type="checkbox"/>
altro	<input type="checkbox"/>

La segnaletica interna è

adeguata	<input type="checkbox"/>
non adeguata	<input type="checkbox"/>

L'attesa per la prenotazione avviene in luogo

accogliente	<input type="checkbox"/>
poco accogliente	<input type="checkbox"/>
scomodo	<input type="checkbox"/>

Allo sportello prenotazione ha trovato atteggiamento corretto e disponibile da parte degli operatori ?

Si /No	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

Il tempo di attesa allo sportello di prenotazione è stato

meno di 15'	<input type="checkbox"/>
Da 15' a 30'	<input type="checkbox"/>
Da 30' a 60'	<input type="checkbox"/>
oltre	<input type="checkbox"/>

Gli orari di apertura dello sportello prenotazione corrispondono alle Sue esigenze

Si/No	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Il tempo di attesa per l'esame o la visita è

accettabile	<input type="checkbox"/>
soddisfacente	<input type="checkbox"/>
eccessivo	<input type="checkbox"/>

Allo sportello di prenotazione Le sono state fornite le informazioni necessarie per l'effettuazione degli esami o della visita?

Si/No	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

La sala di attesa del servizio presso il quale ha effettuato l'esame o la visita è

accogliente	<input type="checkbox"/>
poco accogliente	<input type="checkbox"/>
non accogliente	<input type="checkbox"/>
non c'è	<input type="checkbox"/>

E' stato facile accedere al suddetto servizio

Si/No	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Quanto tempo ha atteso per effettuare le visite e/o esame prenotato

meno di 15'	<input type="checkbox"/>
Da 15' a 30'	<input type="checkbox"/>
Da 30' a 60'	<input type="checkbox"/>
oltre	<input type="checkbox"/>

Ha trovato un atteggiamento corretto e disponibile da parte del personale?

Si/No	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Se ha risposto "NO" alla domanda precedente La preghiamo di specificare i motivi.....