Questionario di soddisfazione

Compilazione anonima e facoltativa. Non scrivere nome, dati personali o sanitari. Facsimile da validare.

La tua opinione ci aiuta a migliorare i servizi e la relazione con le persone assistite. Per ogni voce seleziona un valore da 1 (insoddisfatto) a 5 (molto soddisfatto).

Accoglienza e cortesia ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ N/A

Chiarezza delle informazioni ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ N/A

Facilità di prenotazione ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ N/A

Tempi di attesa ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ N/A

Disponibilità del personale ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ N/A

Comfort e accessibilità degli ambienti ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ N/A

Chiarezza del percorso assistenziale ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ N/A

Valutazione complessiva ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ N/A

Quale aspetto ha funzionato meglio?

_____

_____

Cosa possiamo migliorare?

_____

_____

_____

Grazie per il contributo. Puoi consegnare il questionario alla Segreteria CFCD.