



Fondazione Auxilium

M 8.2.1/1
Pag. 1/2
Rev. 00
data 10-01-07

Modello Soddisfazione utente

Gentile utente,
Al fine di migliorare sempre più la qualità dei servizi da noi espletati e di cui Lei fa uso, La preghiamo di compilare il seguente questionario, e di consegnarlo presso la nostra sede. Il nostro obiettivo è quello di conoscere le Sue esigenze e la sua opinione sulle prestazioni di cui usufruisce o ha usufruito.

GRAZIE
La direzione

A Come valuta il livello qualitativo e tecnologico dei nostri servizi?

Pessimo Insufficiente Adeguato Buono Ottimo

B Come giudica le informazioni che ha ricevuto sulle pratiche da avviare per accedere al trattamento?

Pessimo Insufficiente Adeguato Buono Ottimo

C Come valuta la preparazione del nostro personale sanitario?

Pessimo Insufficiente Adeguato Buono Ottimo

D Come giudica l'attesa tra la prima visita e l'inizio del trattamento riabilitativo?

Pessimo Insufficiente Adeguato Buono Ottimo

E Come valuta la disponibilità e la chiarezza dei nostri servizi sociali in caso di richieste di chiarimenti o altro?

Pessimo Insufficiente Adeguato Buono Ottimo

F Come giudica la chiarezza delle informazioni su diagnosi, trattamento e durata della riabilitazione?

Pessimo Insufficiente Adeguato Buono Ottimo

Da chi ha avuto notizia dell'esistenza di questo Servizio? Segnare con una x la casella corrispondente).

| | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Segnalazione da parte di altri utenti | <input type="checkbox"/> |
| Nostro sito internet | <input type="checkbox"/> |
| ASL di riferimento | <input type="checkbox"/> |
| altro | <input type="checkbox"/> |

Consiglierebbe ad un amico/ parente i nostri servizi riabilitativi? Si No

Ritiene che il servizio offerto sia migliorabile? Si No

SE SI INDICARE COME:

Data _____

firma (non necessaria) _____

**Scansione il QR CODE
per compilare più rapidamente
il Modulo Soddisfazione Utente**

