

Autorizzato Regione Lazio – Determina n. G13159
Iscritto all'elenco regionale dei privati per il rilascio della certificazione DSA
(DGR 32/2020 – L.R. 4/2003 – R.R. 20/2019)

QUESTIONARIO SODDISFAZIONI UTENTI

Gentile utente,

con l'auspicio che il presente questionario possa contribuire a migliorare la Qualità delle nostre prestazioni sanitarie, le chiediamo di dedicare alcuni minuti alla sua compilazione.

N.	Argomento	Valutazione Positiva (Superiore alle mie aspettative)	Valutazione Neutra (In linea con le mie aspettative)	Valutazione Negativa (Inferiore alle mie aspettative)
1	Come valuta la procedura di prenotazione delle prestazioni sanitarie?	☐	☐	☐
2	Come valuta l'accoglienza e gli adempimenti amministrativi in fase di accettazione?	☐	☐	☐
3	Come valuta i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie richieste?	☐	☐	☐
4	Come valuta l'accessibilità, il confort e la pulizia della sala di attesa?	☐	☐	☐
5	Come valuta l'accessibilità, il confort e la pulizia degli studi medici?	☐	☐	☐
6	Il personale le ha illustrato con chiarezza le finalità delle prestazioni sanitarie, i rischi associati e le eventuali alternative?	☐	☐	☐
7	Le informazioni ricevute le hanno fatto comprendere percorso valutativo e/o terapeutico?	☐	☐	☐
8	Il personale della struttura sanitaria è stato cordiale e professionale?	☐	☐	☐
9	Come valuta il grado di riservatezza nel trattamento delle informazioni sanitarie a lei riconducibili?	☐	☐	☐

10	Come valuta il livello di coinvolgimento della famiglia nel percorso valutativo e/o terapeutico?	☐	☐	☐
11	Come valuta la qualità complessiva delle prestazioni ricevute presso il Centro?	☐	☐	☐
12	Come valuta il coinvolgimento del personale sanitario nel percorso valutativo e/o terapeutico ambulatoriale ?	☐	☐	☐
13	Come valuta il coinvolgimento del personale sanitario con le altre istituzioni coinvolte nel percorso del paziente (es. rapporti con altri professionisti esterni)?	☐	☐	☐
14	Consiglierebbe il Centro ad altri?	☐	☐	☐

SUGGERIMENTI
RECLAMI

Nome e cognome del Paziente: _____

Prestazioni ricevute: _____

Data di compilazione: _____

Se desidera un riscontro alle sue segnalazioni può fornirci un recapito (telefono o e-mail), le risponderemo nel più breve tempo possibile e comunque entro 30 giorni:
