













Vi chiediamo di compilare gentilmente il questionario per collaborare al miglioramento del servizio. Tutte le critiche e gli eventuali suggerimenti saranno presi in seria considerazione. Il questionario è in forma anonima.

Le risposte possibili sono le seguenti:










 ottimo  buono  scarso

Data _____ Et : 0-18 19-30 31 – 50 51 – 65 oltre 65













ACCETTAZIONE

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1) Tempo di attesa allo sportello prenotazioni |  |  |  |
| 2) Cortesia e disponibilit  del personale in accettazione |  |  |  |
| 3) Facilit  di prenotazione |  |  |  |
| 4) Tempi di attesa per iniziare le terapie |  |  |  |

PRESTAZIONI SANITARIE

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 5) Soddifazione per la prestazione del medico fisiatra |  |  |  |
| 6) Chiarezza delle informazioni ricevute dal medico |  |  |  |
| 7) Soddifazione per la prestazione del terapeuta |  |  |  |

ASPETTI GENERALI

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 8) Pulizia e igiene dei locali |  |  |  |
| 9) Orari di apertura del centro |  |  |  |
| 10) In caso di bisogno, tornerebbe nel nostro centro |  |  |  |
| 11) Valutazione complessiva del centro |  |  |  |

Se desidera, indichi il nome del personale che si   distinto nei suoi confronti, e per quale motivo (positivo e negativo):

Nome _____ Motivo _____

Nome _____ Motivo _____

Eventuali suggerimenti:

SE DESIDERATE ESSERE CONTATTATI LASCIATE NOME, COGNOME E RECAPITO TELEFONICO:
