

## Scheda valutazione grado di soddisfazione Cliente

Gentile Cliente,

Si desidera conoscere l'opinione riguardo la Sua esperienza nel nostro Centro, il personale che vi opera ed i servizi che esso offre. Le Sue indicazioni, saranno molto utili, per capire quali sono i problemi esistenti e quali i possibili interventi per **migliorare la qualità** del Ns. servizio.

Il questionario che Le viene proposto è assolutamente **anonimo**; se desidera può firmarlo, mantenendo comunque il diritto alla massima riservatezza, così come disposto dal DLGS 196/03.

Una volta compilata la scheda deve essere consegnata presso l'accettazione.

Il questionario ha l'obiettivo di raccogliere le valutazioni degli utenti su due aspetti:

1. l'**importanza** che rivestono i diversi fattori di qualità del servizio;
2. il **livello di qualità** del servizio attualmente offerto.

Informazioni sulla persona che risponde al Questionario

Sesso M  F  Et  \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

	Quanto è importante per Lei questo aspetto del servizio?				In che misura il Centro soddisfa questo aspetto?			
	Per niente importante	Poco importante	Abbastanza importante	Molto importante	Per niente	Poco	Abbastanza	Totalmente
1. Cortesia e capacità personale accettazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procedura di presentazione reclami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Esistenza di percorsi privilegiati per il rilascio di informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Segnaletica presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Disponibilità di documentazione indicante tutte le prestazioni erogate e tempi di consegna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Disponibilità del personale medico e tecnico a fornire informazioni per l'educazione sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Comfort delle aree di ricezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Semplicità pratiche amministrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Misure di privacy adottate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Assenza di Barriera Architettoniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tempo di attesa per l'accettazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tempo di attesa per il prelievo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complessivamente, quanto è rimasto soddisfatto del servizio offerto?

Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tratta della prima volta che si rivolge al nostro Centro?

SI  NO

Suggerimenti per migliorare il ns. servizio: \_\_\_\_\_

**GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE.**