

## INDAGINE DI SODDISFAZIONE UTENTI AMBULATORIALI

*Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere il grado di soddisfazione degli Utenti al fine di migliorare i servizi offerti dal nostro Centro. La preghiamo di rispondere alle seguenti domande esprimendo il suo giudizio sincero. Le Sue risposte ci saranno utili per migliorare il servizio e garantire standard sempre più elevati di assistenza. Grazie per la sua collaborazione.*

*La Direzione*

**ETA'** \_\_\_\_\_

**SESSO**        **M**        **F**

**TERAPIA** \_\_\_\_\_

<b>La Sua Opinione Su</b>	<b>Molto soddisfatto</b>	<b>Soddisfatto</b>	<b>Un po' soddisfatto</b>	<b>Molto soddisfatto</b>
Professionalità e cordialità del personale di accettazione				
Tempo di attesa per iniziare il trattamento terapeutico dopo l'autorizzazione ASL				
Professionalità e cordialità del terapista				
Informazioni ricevute dal terapista				
Informazioni ricevute dai medici specialisti sul decorso della patologia				
Ambiente e confort (arredamento , tranquillità etc.)				
Igiene della struttura				
Grado di soddisfazione generale del servizio ricevuto				

### **Suggerimenti:**
