

## Customer Satisfaction

Gentile Paziente, **Fisiosportmedical srl** La invita a compilare il presente questionario, in quanto le Sue valutazioni saranno di grande aiuto per migliorare continuamente il servizio offertoLe.

|                                                                                               | <br><b>Buono</b> | <br><b>Sufficiente</b> | <br><b>Scarso</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Come valuta l'organizzazione e la struttura del centro?                                     | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                             |
| 2 Come considera la cortesia del personale in accoglienza?                                    | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                             |
| 3 Il personale sanitario è puntuale negli appuntamenti programmati?                           | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                             |
| 4 E' soddisfatto delle informazioni ricevute sul trattamento terapeutico che sta effettuando? | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                             |
| 5 Com'è stata l'accoglienza all'inizio del trattamento?                                       | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                             |
| 6 E' soddisfatto/a del servizio erogato dal centro?                                           | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                             |
| 7 Come valuta le attrezzature e le apparecchiature del centro?                                | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                             |
| 8 Si ritiene soddisfatto/a delle norme igieniche e del confort della struttura?               | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                             |
| 9 Come valuta il lavoro svolto dai terapisti?                                                 | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                             |
| 10 Come valuta il lavoro svolto dal personale in accoglienza?                                 | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                             |

### NOTE E SUGGERIMENTI:

.....

.....

.....

.....

**Fisiosportmedical srl** ringrazia gli Utenti per la gentile collaborazione.

### Contatti ove inviare il modulo

**Indirizzo:** FISIOSPORTMEDICAL - Via Plinio Il Vecchio, 2D – 80053 - Castellammare di Stabia (NA)

**Mail:** fisiosportmedical.direzione@gmail.com – **PEC:** fisiosportmedicalsrl@pec.it