

LA QUALITÀ DEL NOSTRO SERVIZIO

Egregio Paziente,

al fine di migliorare il nostro servizio la preghiamo di voler rispondere alle seguenti domande semplicemente barrando il simbolo che più rappresenta il suo giudizio. Le ricordiamo che le informazioni raccolte in forma anonima, hanno l'unico obiettivo di individuare aree di miglioramento.

Grazie per la collaborazione.

Prestazione diagnostica richiesta: Radiologia ☐ Mammografia ☐ Ecografia ☐ TAC ☐



Come valuta il **tempo** di attesa in **accettazione**:

Troppo lungo



Accettabile



Buono



Ottimo



Come valuta il **tempo** di attesa **per il ritiro del referto**:

Troppo lungo



Accettabile



Buono



Ottimo



Come valuta la **cortesia** del nostro **personale in accettazione**:

Insufficiente



Accettabile



Buono



Ottimo



Come valuta la **cortesia** del nostro **personale sanitario**:

Insufficiente



Accettabile



Buono



Ottimo



Come valuta complessivamente la **prestazione sanitaria** ricevuta:

Insufficiente



Accettabile



Buono



Ottimo



Come valuta la **chiarezza** del nostro **referto**:

Insufficiente



Accettabile



Buono



Ottimo



Come valuta il rispetto della sua **privacy**:

Insufficiente



Accettabile



Buono



Ottimo



Come valuta il nostro **ambiente di lavoro** e le **sale operative**:

Insufficiente



Accettabile



Buono



Ottimo



Cosa può consigliarci per migliorare il nostro servizio:

Le sue lamentele:


