

## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

*Egregio Signore/Gentile Signora,  
il nostro Laboratorio vuole migliorare costantemente la qualità del servizio offerto ai propri Utenti. La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande, barrando il riquadro che meglio esprime la Sua opinione, informandola che 0 equivale a "per nulla"; 1 a "poco"; 2 ad "abbastanza"; 3 a "molto".*

*Il questionario può essere compilato anche in forma anonima.*

*Potrà inserire la scheda compilata nella cassetta appositamente predisposta.*

*Grazie per la preziosa collaborazione.*

*La Direzione*

### **DA QUANTO TEMPO USUFRUISCE DEI NOSTRI SERVIZI ?**

- Prima volta     1 anno     2 anni     da 2 a 5 anni     da 5 a 10 anni     da oltre 10 anni

### **GIUDIZIO SUL SERVIZIO FRUITO**

COMFORT e ACCOGLIENZA					<b>Motivazioni</b> in caso di valutazioni negative <b>Suggerimenti</b> in caso di valutazioni positive
Durante l'attesa nel nostro Laboratorio, ritiene soddisfacente la disponibilità di posti a sedere?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
A suo avviso gli ambienti del nostro Laboratorio sono confortevoli e puliti?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
ACCETTAZIONE e RITIRO REFERTI					<b>Motivazioni</b> in caso di valutazioni negative <b>Suggerimenti</b> in caso di valutazioni positive
È soddisfatto/a della cortesia e della chiarezza con cui Le vengono fornite risposte e informazioni?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
È soddisfatto/a della riservatezza garantita sia in fase di accettazione che in fase di ritiro del referto?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Ritiene congrui i tempi di attesa per l'accettazione?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Ritiene congrui i tempi di attesa per il ritiro dei referti?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Se ha manifestato un'urgenza motivata, è rimasto/a soddisfatto/a dell'attenzione dedicata alle sue esigenze?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
PRELIEVO					<b>Motivazioni</b> in caso di valutazioni negative <b>Suggerimenti</b> in caso di valutazioni positive
Ritiene congrui i tempi di attesa per il prelievo?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
È soddisfatto/a del tempo di ascolto dedicato dal personale sanitario?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Ritiene che il personale addetto al prelievo sia adeguatamente professionale ed offra la giusta assistenza?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	

STRUMENTI DI INFORMAZIONE					Motivazioni in caso di valutazioni negative
					Suggerimenti in caso di valutazioni positive
Gli strumenti informativi in sala d'attesa sono facilmente consultabili e forniscono informazioni semplici ed esaustive?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Ritiene utili ed esaustive le informazioni fornite sul web (motori di ricerca e sito Internet)?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
VALUTAZIONE COMPLESSIVA E PROMOZIONE					Motivazioni in caso di valutazioni negative
					Suggerimenti in caso di valutazioni positive
Complessivamente, quanto si ritiene soddisfatto dei servizi fruiti?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Consiglierebbe il nostro Laboratorio ad amici o parenti?	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	

**IN DEFINITIVA, SE AVEVA GIÀ FREQUENTATO IL LABORATORIO, TROVA CHE IL SERVIZIO NEL SUO COMPLESSO SIA:**

Peggiorato       Invariato       Migliorato

Luogo e data: \_\_\_\_\_

**DATI NON OBBLIGATORI:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_