Studio Diagnostico Tiberino	**QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE DEL CLIENTE**	MOD06_2 Rev.03 del 01/07/25

Gentile assistito,
allo scopo di migliorare la qualità dei nostri servizi, la preghiamo di rispondere, anche in forma anonima, alle domande contenute nel presente questionario, indicando il suo grado di soddisfazione relativo al nostro operato.

Data di compilazione: ____/____/_____

Domanda	Valutazione	
Come valuta la competenza ed il comportamento del personale in Accettazione?	Ottimo	
	Buono	
	Sufficiente	
	Insufficiente	
	Scarso	
Come valuta i tempi di attesa delle prenotazioni?	Ottimo	
	Buono	
	Sufficiente	
	Insufficiente	
	Scarso	
Come valuta il confort e gli ambienti dello Studio Diagnostico Tiberino?	Ottimo	
	Buono	
	Sufficiente	
	Insufficiente	
	Scarso	
Come valuta la competenza del personale sanitario che ha erogato la prestazione specialistica e/o eseguito l'esame strumentale?	Ottimo	
	Buono	
	Sufficiente	
	Insufficiente	
	Scarso	
Come giudica i nostri referti (chiarezza e completezza)?	Ottimo	
	Buono	
	Sufficiente	
	Insufficiente	
	Scarso	
Quale valutazione ritiene di poter esprimere per valutare nell'insieme lo Studio Diagnostico Tiberino?	Ottimo	
	Buono	
	Sufficiente	
	Insufficiente	
	Scarso	
Pensa di tornare a servirsi delle prestazioni erogate presso lo Studio Diagnostico Tiberino?	SI	
	NO	

Suggerimenti:

Quali altri servizi desidererebbe nella struttura?

Firma non obbligatoria: _____