Gentile Signore/Gentile Signora

La preghiamo di compilare il seguente questionario che ci permetterà, grazie al Suo giudizio, di migliorare il servizio offerto.
Il questionario è anonimo. La preghiamo di depositarlo nell'apposita cassetta che si trova al piano, oppure di consegnarlo al personale di reparto. Le informazioni che ci fornirà saranno trattate con la massima discrezione.

Grazie per la collaborazione

La Direzione

Come è venuto/a a conoscenza del servizio di Radiologia? (barrare la casella della casistica che ricorre)

- Su invio del medico curante o specialista
- Motore di ricerca
- Social
- Conoscenti/ Passaparola
- Ambulatori specialistici Casa di Cura Bonvicini
- Reparto Degenza Casa di Cura Bonvicini
- Laboratorio Analisi Boma Lab. Druso
- Pubblicità su riviste o cartelloni pubblicitari

La preghiamo di esprimere il Suo giudizio rispetto a ciascuno degli aspetti qui sottoelencati. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Per rispondere faccia una crocetta su uno dei quadratini per ogni domanda. Il valore va da **1** a 4. Uno (**1**) significa che **non è stato/a** per niente soddisfatto mentre (**4)** significa che **è stato/a molto soddisfatto/a**, gli altri numeri indicano gradi intermedi di soddisfazione/insoddisfazione.

Metta una crocetta sulla casella che esprime meglio la sua opinione in base alla seguente legenda:

1 = non soddisfatto
2 = poco soddisfatto
3 = soddisfatto
4 = molto soddisfatto

Quale prestazione ha eseguito?

RX	Ecografia	Eco Doppler	DEXA	TC Cone Beam	TC Multistrato	RM	Mammografia
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

☐ **Paziente CUP** ☐ **Paziente Privato**

A. Prenotazione della prestazione:

- CUP 1 2 3 4
- Telefonia radiologia 1 2 3 4
- Allo sportello 1 2 3 4

B. Tempi di attesa per la prenotazione: 1 2 3 4

C. Attesa in struttura:

- Rispetto all'orario previsto 1 2 3 4
- Comfort della sala 1 2 3 4

D. Disponibilità e cortesia del personale:

- Accettazione 1 2 3 4
- Tecnico 1 2 3 4
- Medico 1 2 3 4

E. Procedura di pagamento 1 2 3 4

F. Referti:

- Tempo di consegna 1 2 3 4
- Praticità nel ritiro 1 2 3 4

G. Segnaletica:

- Chiarezza delle indicazioni 1 2 3 4

Valutazione complessiva della Radiologia 1 = min 10 = max	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eventuali considerazioni, suggerimenti, commenti:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

È stato aiutato/a nella compilazione del questionario? **SI** **NO**

Età: **1-18** **19-40** **41-64** **> 64**

Le sue generalità: **M** **F**

La ringraziamo della collaborazione augurando Le un buon rientro a casa