

Allegato A – Questionario di soddisfazione del paziente

La Sua opinione ci aiuta a migliorare

La compilazione è volontaria e anonima. Non inserisca nome, cognome o altre informazioni che permettano di identificarLa. Per ogni domanda indichi un voto da 1 a 5.

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto

Domanda	1	2	3	4	5
1. Facilità di prenotazione e contatto con la struttura	☐	☐	☐	☐	☐
2. Cortesia e disponibilità del personale di accettazione	☐	☐	☐	☐	☐
3. Chiarezza delle informazioni ricevute prima della prestazione	☐	☐	☐	☐	☐
4. Accoglienza, comfort e pulizia degli ambienti	☐	☐	☐	☐	☐
5. Rispetto della privacy e della riservatezza	☐	☐	☐	☐	☐
6. Cortesia e disponibilità del personale sanitario	☐	☐	☐	☐	☐
7. Chiarezza delle spiegazioni fornite dal professionista sanitario	☐	☐	☐	☐	☐
8. Percezione di attenzione e sicurezza durante la prestazione	☐	☐	☐	☐	☐
9. Chiarezza delle indicazioni per il ritiro/accesso al referto	☐	☐	☐	☐	☐
10. Soddisfazione complessiva per il servizio ricevuto	☐	☐	☐	☐	☐

La consiglierebbe ad altre persone? ☐ Sì ☐ No ☐ Non so

Eventuali osservazioni o suggerimenti:

Prestazione / area (facoltativo): ☐ Radiologia/RX ☐ TC ☐ RM ☐ Mammografia ☐ Visita specialistica ☐ Altro _____