



**POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO  
CENTRO AMBULATORIALE DI FISIOTERAPIA E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE  
Località Bovile n. 13 – 85048 Rotonda (PZ)**

Autorizzato con D.D. N° 13BI.2024/D.00328 del 10/10/2024 della Regione Basilicata

**QUESTIONARIO SUL GRADO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE**

**Gentile Sig./Sig.ra,**

Le chiediamo di dedicarci alcuni minuti del Suo tempo per rispondere alle domande che seguono. Il contributo di tutte le Persone che usufruiscono della nostra Struttura rappresenta, infatti, un prezioso strumento per migliorarne la qualità, anche in relazione a particolari esigenze. Il questionario è anonimo e potrà compilarlo barrando la casella corrispondente alla risposta, La ringraziamo per la collaborazione e La invitiamo a depositare il questionario compilato nell'apposito contenitore.

Età: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Nazionalità:  Italiana  Europea  Extra UE

Prestazioni effettuate:

\_\_\_\_\_

**ESPRIMA IL SUO GIUDIZIO IN MERITO A:**

<b>ACCOGLIENZA</b>	<b>OTTIMO</b>	<b>BUONO</b>	<b>SUFFICIENTE</b>	<b>NON SODDISFACENTE</b>
Completezza delle informazioni sul Servizio				
Cortesìa del Personale al momento dell'accoglienza in Struttura				
Tempi di attesa per visita/prestazione				

<b>ASPETTI STRUTTURA</b>	<b>OTTIMO</b>	<b>BUONO</b>	<b>SUFFICIENTE</b>	<b>NON SODDISFACENTE</b>
Pulizia della Struttura				
Pulizia del bagno/spogliatoio/doccia				
Comfort e cura degli ambienti e degli arredi				
<b>ASSISTENZA MEDICA</b>	<b>OTTIMO</b>	<b>BUONO</b>	<b>SUFFICIENTE</b>	<b>NON SODDISFACENTE</b>
Disponibilità e cortesia dei Medici ad ascoltare e a rispondere alle Sue domande				
Completezza delle informazioni fornite dai Medici su esami, cure e trattamenti				
<b>ASSISTENZA DEL PERSONALE</b>	<b>OTTIMO</b>	<b>BUONO</b>	<b>SUFFICIENTE</b>	<b>NON SODDISFACENTE</b>
Disponibilità e cortesia del Personale d'Assistenza ad ascoltare ed a rispondere alle Sue richieste				
<b>PRIVACY</b>	<b>OTTIMO</b>	<b>BUONO</b>	<b>SUFFICIENTE</b>	<b>NON SODDISFACENTE</b>
Rispetto della Sua riservatezza personale da parte degli Operatori				
<b>ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE</b>	<b>OTTIMO</b>	<b>BUONO</b>	<b>SUFFICIENTE</b>	<b>NON SODDISFACENTE</b>
Disponibilità e cortesia del Personale della Riabilitazione ad ascoltare ed a rispondere alle Sue domande				
Chiarezza delle informazioni fornite dal Personale della Riabilitazione sui trattamenti				
<b>VALUTAZIONE COMPLESSIVA</b>				

**EVENTUALI SUGGERIMENTI**

---



---



---

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_