

# QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

## Chirurgia Ambulatoriale/ Day Surgery/ Day Hospital

**Gentile utente,**

per offrirLe un servizio di qualità sempre migliore, Le chiediamo di collaborare, rispondendo a semplici domande ed esprimendo il suo giudizio sulle nostre prestazioni. Imbuchi il questionario nell'apposita cassetta collocata presso il Reparto.

Grazie per la collaborazione.

Per esprimere il Suo parere metta una X	OTTIMO	BUONO	SUFFICIENTE	INSUFFICIENTE
CORTESIA DEL PERSONALE DI AMMINISTRAZIONE/ACCETTAZIONE				
CORTESIA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO				
CORTESIA E PROFESSIONALITÀ' DEL PERSONALE MEDICO				
CHIAREZZA DELLE INFORMAZIONI SULLA PRESTAZIONE DA ESEGUIRE				
SOLLECITUDINE DEL PERSONALE A RISPONDERE ALLE DOMANDE				
PULIZIA DEI SERVIZI IGIENICI				
PULIZIA DEL REPARTO				
AMBIENTE E COMFORT				

**I VOSTRI SUGGERIMENTI ... ..**

---



---



---



---



---



---



---