

Gentile Signora e gentile Signore,

chiediamo cortesemente la sua collaborazione nel rispondere ai quesiti del seguente questionario. Per noi è fondamentale conoscere il suo grado di soddisfazione per migliorare i nostri servizi.

	Insufficiente	Scarso	Discreto	Buono	Eccellente
Come valuta gli orari di apertura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come valuta l'accessibilità alla struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come valuta il comfort delle sale di attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come valuta l'igiene e pulizia degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rispetto della privacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come valuta la cortesia e la professionalità del personale amministrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come valuta la cortesia e la professionalità del personale tecnico e medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritiene di essere stato adeguatamente informato sull'efficacia ed eventuali rischi delle procedure diagnostiche o terapeutiche a cui è stato sottoposto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per quale motivo ha scelto Rovigo Medica?	Comodità o fiducia nella struttura	Consigliato dal medico	Convenzioni con la struttura	Struttura Accreditata SSN

Complessivamente Rovigo Medica soddisfa le sue esigenze?

SI In parte NO

Se no, o in parte perché?

Qualsiasi consiglio vorrà fornirci per migliorare il servizio, anche in vista della revisione annuale della carta dei servizi, sarà gradito

Prestazione eseguita:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica Ed Estetica | <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Ginecologia Ed Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia |
| <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> Oculistica | <input type="checkbox"/> Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Pneumologia | <input type="checkbox"/> Proctologia |
| <input type="checkbox"/> Psicologia | <input type="checkbox"/> Radiologia diagnostica |
| <input type="checkbox"/> Terapia Antalgica | <input type="checkbox"/> Urologia |

La ringraziamo per la sua preziosa collaborazione.

Data _____

A cura dell'Ufficio relazioni con il pubblico

N° _____

Rovigo Medica SpA | Via Luigi Einaudi 80/82 – Area Tosi 45100 Rovigo (RO)

Tel. 0425 1730173 Fax 0425 1730133 info@rovigomedica.it