

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI

Comune di

residenza: _____

Età _____

Sesso ☐ M ☐ F

Tipo di servizio utilizzato:

☐ Visite specialistiche

☐ Pronto soccorso

☐ Vaccinazioni (es.
antinfluenzale, Covid-19)

☐ Esami diagnostici (es.
radiografie, analisi del sangue)

☐ Assistenza domiciliare (es.
infermieri a casa)

☐ Ricovero; Reparto di

☐ Altro _____

SEZIONE 2: QUALITÀ DEL SERVIZIO

Come valuta la facilità di accesso al servizio?

☐ Ottima

☐ Buona

☐ Sufficiente

☐ Insufficiente

Il tempo di attesa per usufruire del servizio è stato:

☐ Molto breve

☐ Breve

☐ Ritardo Accettabile

☐ Ritardo Non Accettabile

Come valuta la cortesia e la disponibilità del personale?

☐ Ottima

☐ Buona

☐ Sufficiente

☐ Insufficiente

Come valuta la pulizia e l'igiene dei locali?

☐ Ottima

☐ Buona

☐ Sufficiente

☐ Insufficiente

SEZIONE 3: SODDISFAZIONE GENERALE

☐ Molto soddisfatto/a

☐ Soddisfatto/a

☐ Poco soddisfatto/a

☐ Per nulla soddisfatto/a

Grazie per il tempo dedicato a compilare il questionario.

Le sue opinioni sono fondamentali per aiutarci a migliorare continuamente i nostri servizi e rispondere al meglio alle esigenze del territorio.