

Questionario di gradimento del Servizio Ambulatoriale:

Si invitano i Sig.ri pazienti a compilare il questionario

Proposta di Questionario per valutare la percezione di gradimento dei Pazienti ricevuti presso Ambulatori

Le domande utilizzano una scala di valutazione (es. da **1 a 5**, o da "Molto insoddisfatto" a "Molto soddisfatto") e coprono i cinque aspetti chiave degli Ambulatori.

Accesso e Prenotazione

12345

1. I canali di prenotazione (telefono, online, sportello) sono stati facili da usare?					
2. Il tempo di attesa per ottenere l'appuntamento è stato accettabile?					
3. Gli orari di apertura dell'ambulatorio soddisfano le Sue esigenze?					
4. Ha ricevuto informazioni chiare sui documenti da portare o sulla preparazione alla visita?					

Accoglienza e Gestione dei Tempi

12345

5. Il personale dell'accettazione si è dimostrato cortese e disponibile?					
6. Le procedure di registrazione e pagamento sono state rapide?					
7. Quanto ritiene accettabile il tempo trascorso in sala d'attesa prima della visita?					
8. La segnaletica interna Le ha permesso di orientarsi facilmente?					

Relazione con il Personale Sanitario

12345

9. Il medico/professionista Le ha dedicato il tempo necessario senza fretta?					
10. Il linguaggio usato dal personale sanitario è stato chiaro e comprensibile?					
11. Si è sentito ascoltato e rispettato nella Sua privacy durante la visita?					
12. Ha ricevuto risposte esaurienti ai Suoi dubbi o alle Sue domande?					

Comfort e Pulizia degli Ambienti

12345

13. Come valuta il livello di pulizia e igiene dei locali (sala d'attesa, ambulatori, servizi)?					
14. Ha trovato la sala d'attesa confortevole (sedute, temperatura, illuminazione)?					
15. Ritiene che la disposizione dei locali garantisca il rispetto della Sua riservatezza?					

Risultato e Soddisfazione Generale

12345

16. Le indicazioni terapeutiche o i passaggi successivi Le sono stati spiegati chiaramente?					
17. Come valuta complessivamente l'efficacia delle cure o della prestazione ricevuta?					
18. Nel complesso, come giudica l'esperienza terapeutica in questo ambulatorio?					
19. Consiglierebbe questa struttura ambulatoriale a parenti o amici?					
20. Ha suggerimenti specifici per aiutarci a migliorare il nostro servizio?					

Spazio per eventuali Suggerimenti e/o Integrazioni:

CHI RISPONDE AL QUESTIONARIO (barrare la casella corrispondente)		
Chi risponde	☐	Paziente
	☐	Familiare
	☐	Altra persona
	☐	Non rispondo
Sesso	☐	Maschio
	☐	Femmina
	☐	Non rispondo
Range Età	☐	Meno di 18
	☐	18-30
	☐	31-40
	☐	41-50
	☐	51-65
	☐	oltre 65
	☐	Non rispondo
Titolo di Studio	☐	Nessuno
	☐	Licenza Elementare
	☐	Licenza Media Inferiore
	☐	Diploma
	☐	Laurea/Post Laurea
	☐	Non rispondo
Professione	☐	Casalinga
	☐	Operaio/Impiegato
	☐	Dirigente
	☐	Artigiano
	☐	Commerciante
	☐	Pensionato
	☐	In cerca di occupazione
	☐	Studente
	☐	Non rispondo