

Gentile Paziente,
Logomedica Servizi desidera conoscere l'opinione di chi, per scelta o per necessità, usufruisce delle nostre prestazioni.

Grazie alle Sue indicazioni, la Direzione studierà possibili azioni di miglioramento al fine di arginare eventuali disservizi o comunque sempre nell'ottica di un progresso continuo della qualità proposta.

Il questionario è in forma anonima, La invitiamo pertanto a non indicare nessun dato che possa consentire la Sua identificazione e ad esprimere una valutazione che va da 1 a 5 secondo la seguente scala:

- | | | |
|--------------------|----------------------|---------------------------|
| 1. Non soddisfatto | 2. Poco soddisfatto | 3. abbastanza soddisfatto |
| 4. Soddisfatto | 5. Molto soddisfatto | |

INFORMAZIONI GENERALI	Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F												
	Età	<input type="checkbox"/> meno di 25 anni <input type="checkbox"/> tra 25 e 49 <input type="checkbox"/> tra 50 e 74 <input type="checkbox"/> superiore a 75												
	Comune o Stato di Residenza	<input type="checkbox"/> Provincia PU <input type="checkbox"/> Altra Provincia Regione Marche (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Altra Regione (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Estero (specificare) _____												
	Nazionalità	<input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Straniera												
	Istruzione	<input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Scuola dell'obbligo <input type="checkbox"/> Media Superiore <input type="checkbox"/> Laurea												
	Tipologia del servizio erogato	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Visita Neuropsichiatrica Infantile <input type="checkbox"/> Valutazione Logopedica <input type="checkbox"/> Valutazione Neuropsicologica <input type="checkbox"/> Valutazione Neuropsicomotoria </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Trattamento Logopedico <input type="checkbox"/> Trattamento Neuropsicologico <input type="checkbox"/> Trattamento Neuropsicomotorio </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Visita Neuropsichiatrica Infantile <input type="checkbox"/> Valutazione Logopedica <input type="checkbox"/> Valutazione Neuropsicologica <input type="checkbox"/> Valutazione Neuropsicomotoria	<input type="checkbox"/> Trattamento Logopedico <input type="checkbox"/> Trattamento Neuropsicologico <input type="checkbox"/> Trattamento Neuropsicomotorio										
	<input type="checkbox"/> Visita Neuropsichiatrica Infantile <input type="checkbox"/> Valutazione Logopedica <input type="checkbox"/> Valutazione Neuropsicologica <input type="checkbox"/> Valutazione Neuropsicomotoria	<input type="checkbox"/> Trattamento Logopedico <input type="checkbox"/> Trattamento Neuropsicologico <input type="checkbox"/> Trattamento Neuropsicomotorio												
Data di prestazione	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Gen</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Apr</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Lug</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Ott</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">Anno _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Feb</td> <td><input type="checkbox"/> Mag</td> <td><input type="checkbox"/> Ago</td> <td><input type="checkbox"/> Nov</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mar</td> <td><input type="checkbox"/> Giu</td> <td><input type="checkbox"/> Set</td> <td><input type="checkbox"/> Dic</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Gen	<input type="checkbox"/> Apr	<input type="checkbox"/> Lug	<input type="checkbox"/> Ott	Anno _____	<input type="checkbox"/> Feb	<input type="checkbox"/> Mag	<input type="checkbox"/> Ago	<input type="checkbox"/> Nov	<input type="checkbox"/> Mar	<input type="checkbox"/> Giu	<input type="checkbox"/> Set	<input type="checkbox"/> Dic
<input type="checkbox"/> Gen	<input type="checkbox"/> Apr	<input type="checkbox"/> Lug	<input type="checkbox"/> Ott	Anno _____										
<input type="checkbox"/> Feb	<input type="checkbox"/> Mag	<input type="checkbox"/> Ago	<input type="checkbox"/> Nov											
<input type="checkbox"/> Mar	<input type="checkbox"/> Giu	<input type="checkbox"/> Set	<input type="checkbox"/> Dic											

	Per quale motivo ha scelto Logomedica Servizi	<input type="checkbox"/> su consiglio del medico di base <input type="checkbox"/> su consiglio di un altro specialista <input type="checkbox"/> è il centro di riferimento per la mia patologia <input type="checkbox"/> su consiglio di familiari, amici, conoscenti <input type="checkbox"/> sito internet, web, social network, ecc... <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____
--	---	---

PRENOTAZIONE	E' stato semplice prenotare?	1	2	3	4	5
	Questo appuntamento ha subito qualche spostamento di data? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, come valuta lo spostamento?	1	2	3	4	5
	La sua prenotazione è avvenuta: <input type="checkbox"/> telefonicamente <input type="checkbox"/> allo sportello	1	2	3	4	5
	E' soddisfatto della prenotazione? (orari, tempo per prendere la linea...)					
	Competenza e cortesia degli operatori	1	2	3	4	5
AMBIENTI	Accoglienza e comfort	1	2	3	4	5
	Tranquillità, riservatezza e rispetto della privacy negli ambienti comuni	1	2	3	4	5
	Igiene ambienti comuni (Ingresso, corridoio, sala d'attesa...)	1	2	3	4	5
	Igiene dei servizi igienici	1	2	3	4	5
	Tranquillità, riservatezza e rispetto della privacy all'interno degli ambulatori	1	2	3	4	5
	Igiene degli ambulatori	1	2	3	4	5

PERSONALE	Segreteria e personale generico: <ul style="list-style-type: none"> • Cordialità e competenza del personale di segreteria (accoglienza, informazioni, pagamento e fatturazione) • Rispetto della privacy 	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5		
Personale Medico: <ul style="list-style-type: none"> • Professionalità e competenza • Disponibilità d'ascolto e cortesia • Rilascio informazioni medico sanitarie sullo stato di salute complete, chiare e comprensibili • Spiegazioni del prospetto informativo e raccolta del consenso informato • Rilascio informazioni sul comportamento a domicilio post trattamento 	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5			
GIUDIZIO COMPLESSIVO	Complessivamente quanto è soddisfatto della sua esperienza presso Logomedica Servizi?	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5		
	Consiglierebbe ad altri questo Centro Medico?	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5		
Quali sono gli aspetti che ha apprezzato maggiormente?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Organizzazione ed efficienza <input type="checkbox"/> Informazioni e comunicazione <input type="checkbox"/> Attenzione al paziente <input type="checkbox"/> Riservatezza/privacy <input type="checkbox"/> Professionalità <input type="checkbox"/> Qualità delle cure ricevute <input type="checkbox"/> Ambienti e comfort (è possibile indicare più scelte)						
Quali aspetti ha gradito meno?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Organizzazione ed efficienza <input type="checkbox"/> Informazioni e comunicazione <input type="checkbox"/> Attenzione al paziente <input type="checkbox"/> Riservatezza/privacy <input type="checkbox"/> Professionalità <input type="checkbox"/> Qualità delle cure ricevute <input type="checkbox"/> Ambienti e comfort (è possibile indicare più scelte)						



QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

MOD. QSC
Rev. 00 del
01/10/2021

Il questionario compilato va inserito nell'apposita cassetta di raccolta posizionata all'ingresso in segreteria.

Le siamo grati per la cortese collaborazione e per la sincerità dei giudizi che ha espresso.

Terremo conto della Sua opinione e ne faremo uso al fine del miglioramento continuo del servizio.

Cordiali saluti

La Direzione
Logomedica Servizi