

Gentile cliente, la sua opinione è per noi fondamentale.  
Per questo Le chiediamo cortesemente di attribuire un voto da 0 a 5 a ciascuno degli aspetti elencati tenendo conto che

0= Pessimo, 1= Scarso, 2=Sufficiente, 3=Buono, 4=Discreto, 5=Ottimo

Il presente questionario andrà poi inserito nell'apposito contenitore o consegnato in segreteria

	Voto
Orari di apertura della Struttura	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Facilità di Comunicazione	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Comfort sala d'attesa	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Pulizia ambienti	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Professionalità e cortesia in accettazione	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Professionalità e cortesia degli assistenti infermieri e/o tecnici	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Qualità del Prelievo (Se ha usufruito del servizio di prelievo)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Professionalità e cortesia dei medici (Se ha usufruito del servizio di Diagnostica per Immagini)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Tempi di attesa per avere un appuntamento ((Se ha usufruito del servizio di Diagnostica per Immagini)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Tempi di attesa in sala d'aspetto	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Tempi di attesa per ritirare l'esito dell'esame	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Materiale informativo messo a disposizione dell'utente	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Sito internet <a href="http://www.Poliambulatoriocaorlese.it">www.Poliambulatoriocaorlese.it</a>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Valutazione complessiva Struttura	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

**Eventuali**

**Suggerimenti/Segnalazioni/Reclami** \_\_\_\_\_

---



---



---

**Prelievo sede di:**

- Caorle
- Santo Stino di Livenza
- Concordia Sagittaria
- Jesolo

**Diagnostica per Immagini sede di:**

- Caorle
- Santo Stino di Livenza