

## LA SUA OPINIONE PER NOI E' IMPORTANTE!

Gentilissimo Utente,

Le chiediamo di dedicarci pochi minuti del suo tempo per rispondere ad alcune alle domande, che ci aiuteranno a comprendere meglio le esigenze dei nostri utenti. La sua opinione e i suoi suggerimenti ci saranno di grande utilità per far crescere la qualità dei nostri servizi e per svilupparne di nuovi che meglio rispondano alle attuali esigenze.

Questo documento viene compilato in formato anonimo nel pieno rispetto della sua Privacy.

Grazie per la sua gentile disponibilità!

ANALISI E LABORATORIO		Scarso	Discreto	Buono	Eccellente
<b>PRENOTAZIONE DEI SERVIZI MEDICI</b>					
1	Facilità nel prendere la linea e/o nell'inviare e-mail				
2	Informazioni ricevute su modalità di accesso agli esami				
3	Informazioni ricevute su modalità di preparazione per gli esami/visite				
4	Disponibilità e cortesia del personale				
<b>ACCETTAZIONE</b>					
1	Tempi di attesa per l'accettazione				
2	Facilità di orientarsi nel Centro/punto prelievi				
3	Disponibilità e cortesia del personale				
<b>PRESTAZIONI DEL LABORATORIO</b>					
1	Tempi di attesa per prelievo				
2	Perizia nell'esecuzione del prelievo				
3	Tempi di refertazione				
4	Tempi di refertazione per esami "urgenti"				
5	Disponibilità e cortesia del personale infermieristico				
6	Disponibilità e cortesia del personale del laboratorio				
<b>QUALITA' DELLA STRUTTURA</b>					
1	Accessibilità della struttura				
2	Comfort e adeguatezza delle aree di attesa				
3	Pulizia delle aree di ingresso e attesa				
4	Pulizia servizi igienici				
<b>Giudizio complessivo sulla struttura</b>					

È la prima volta che si rivolge ad uno dei nostri Centri? SI  NO

Se NON è la prima volta il suo giudizio è Peggioro  Invariato  Migliore

Se avesse ancora bisogno di esami si rivolgerebbe di nuovo al nostro laboratorio? SI  NO

Quali suggerimenti e/o critiche ritiene opportuno segnalare?

Riguardo la sua persona:

<b>Fascia di età</b>	18 – 35 <input type="checkbox"/>	36 - 50 <input type="checkbox"/>	51 – 65 <input type="checkbox"/>	> 65 <input type="checkbox"/>		
<b>Sesso</b>	Maschio <input type="checkbox"/>	Femmina <input type="checkbox"/>	Preferisco non dichiararlo <input type="checkbox"/>	Accesso Con SSN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DATA.....