

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!

MEDICINA DELLO SPORT		Scarso	Discreto	Buono	Eccellente
PRENOTAZIONE DEI SERVIZI MEDICI					
1	Facilità nel prendere la linea e/o nell'inviare e-mail				
2	Informazioni ricevute su modalità di accesso alle terapie				
3	Informazioni ricevute su modalità di preparazione per le visite/ terapie				
4	Disponibilità e cortesia del personale al telefono				
ACCETTAZIONE					
1	Tempi di attesa per l'accettazione				
2	Facilità di orientarsi nel Centro				
3	Disponibilità e cortesia del personale				
PRESTAZIONI					
1	Accoglienza				
2	Perizia nell'esecuzione della visita e/o terapia				
3	Tempi di refertazione				
4	Tempi di refertazione per esami "urgenti"				
6	Disponibilità e cortesia del personale medico				
QUALITA' DELLA STRUTTURA					
1	Accessibilità della struttura				
2	Comfort e adeguatezza delle aree di attesa				
3	Pulizia delle aree di ingresso e attesa				
4	Pulizia servizi igienici				
Giudizio complessivo sulla struttura					

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 cure si rivolgerebbe di nuovo al nostro Centro? SI NO

Quali suggerimenti e/o critiche ritiene opportuno segnalare?

Riguardo la sua persona:

Fascia di età	18 – 35 <input type="checkbox"/>	36 - 50 <input type="checkbox"/>	51 – 65 <input type="checkbox"/>	> 65 <input type="checkbox"/>		
Sesso	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"/>



CENTRO INTERDIPARTIMENTALE DI MEDICINA DELLO SPORT SRL a Socio Unico

Soc.soggetta a direzione e coordinamento di Cedal srl.

Direttore Sanitario Dott. Diego Fontana

C.F. e P.IVA 01995210125 - CCIAA Varese REA 228110

Capitale sociale: € 20.000,00 i. v.

Iscrizione Registro Regionale Strutture Accreditate n.952

e-mail pec: medicinadellosportgallarate@pec.it - www.cedal.net

Piazza Buffoni n.3 - 21013 GALLARATE (VA)

Tel 0331 786727 - Fax 0331 - 770100

e-mail : medicinadellosport@cedal.net



DATA.....