



Gentile Utente,

Le chiediamo cortesemente di esprimere la Sua opinione sulla qualità del servizio ricevuto. Le Sue risposte saranno molto utili al fine di migliorare le prestazioni erogate. Il questionario è assolutamente anonimo e, una volta compilato, la scheda dovrà essere imbucata nell'apposita cassetta. La ringraziamo vivamente per la Sua preziosa collaborazione.

**CARATTERISTICHE DELL'UTENTE** (i dati personali possono essere lasciati anonimi, a discrezione dell'Utente)

ETA': \_\_\_\_\_ SESSO: ( M ) ( F )      RESIDENTE IN CITTA': ( SI ) ( NO )

PROFESSIONE: \_\_\_\_\_ TIPO DI ESAME: \_\_\_\_\_

Per ogni elemento sotto elencato dia un giudizio di soddisfazione attribuendo un valore da 1 a 4: 1 affatto/insufficiente – 2 poco/sufficiente – 3 abbastanza/buono – 4 molto/ottimo

	1	2	3	4
Accoglienza e rapporti con gli Operatori				
Informazioni/istruzioni fornite dal personale circa le modalità di esecuzione degli esami e/o di raccolta dei campioni biologici				
Attenzione ricevuta dal personale Laureato				
Qualità delle prestazioni ricevute				
Tempo di attesa per l'accettazione				
Rispetto della privacy				
Tempo di ricevimento dei referti				
Pulizia e comfort degli ambienti				
Segnaletica della U.O all'esterno e all'interno della struttura ospedaliera				
Accesso ai pazienti e ai portatori di handicap				

**Suggerimenti per migliorare la qualità dei servizi:**

---

---

---

**DATA DI COMPILAZIONE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*RingraziandoLa per la Sua collaborazione, porgiamo distinti saluti.*