



MODULO DI GRADIMENTO “LE VOSTRE OPINIONI SUI NOSTRI SERVIZI”

Mod. STAT/1
Rev. 6
Pag. 1 di 2

Gentile Utente ,

La ringraziamo sin d'ora per la Sua collaborazione .

Se vorrà dedicarci alcuni minuti del Suo tempo ci aiuterà a meglio comprendere le Sue esigenze e ad offrirLe un servizio sempre più in linea con le Sue aspettative .

La ringraziamo per la Sua collaborazione.

Ambrosiana Medical Center

Età

Sesso F M

Nazionalità:
Italiana
Europea
Extraeuropea

Scolarità:
Scuola obbligo
Scuola superiore
Laurea
Nessuna

Il Centro ha risposto in modo adeguato alle Sue aspettative durante la fase informativa e di prenotazione?

No, per niente	Non in maniera sufficiente	Sufficientemente	Molto	Completamente
----------------	----------------------------	------------------	-------	---------------

I tempi di attesa per effettuare la fisioterapia da Lei richiesta, dalla prenotazione alla data della prestazione Le sono sembrati sufficientemente brevi?

No, per niente	Non in maniera sufficiente	Sufficientemente	Molto	Completamente
----------------	----------------------------	------------------	-------	---------------

L'ambiente in cui si svolge la fisioterapia , Le sembra curato e gradevole ?

No, per niente	Non in maniera sufficiente	Sufficientemente	Molto	Completamente
----------------	----------------------------	------------------	-------	---------------

Gli orari previsti sono stati rispettati?

No, per niente	Non in maniera sufficiente	Sufficientemente	Molto	Completamente
----------------	----------------------------	------------------	-------	---------------

Il servizio, l'attenzione, la cortesia del personale fisioterapico/ amministrativo Le è parso adeguato?

No, per niente	Non in maniera sufficiente	Sufficientemente	Molto	Completamente
----------------	----------------------------	------------------	-------	---------------

La segnaletica, la carta dei servizi , sono ritenute di facile consultazione e complete?

No, per niente	Non in maniera sufficiente	Sufficientemente	Molto	Completamente
----------------	----------------------------	------------------	-------	---------------

Consiglierebbe l'Ambrosiana Medical Center a parenti ed amici?

No, per niente	Non in maniera sufficiente	Sufficientemente	Molto	Completamente
----------------	----------------------------	------------------	-------	---------------



MODULO DI GRADIMENTO
“LE VOSTRE OPINIONI SUI
NOSTRI SERVIZI”

Mod. STAT/1
Rev. 6
Pag. 2 di 2

Esprima cortesemente una valutazione complessiva apponendo, una crocetta sulla casella che rappresenta quanto desidera assegnare, inerente al suo grado di soddisfazione.

Per niente soddisfatto/a	Poco Soddisfatto/a	Sufficientemente Soddisfatto/a	Molto Soddisfatto/a	Completamente Soddisfatto/a
-----------------------------	-----------------------	-----------------------------------	------------------------	--------------------------------

COMMENTI SUGGERIMENTI: _____

GRAZIE ANCORA PER LA COLLABORAZIONE

Le Sue risposte ci serviranno come preziosi consigli per migliorare la qualità del nostro servizio .