




Questionario soddisfazione Utente

Mod. QSU
rev.04
data 02/01/2025

Gentile Utente, per migliorare continuamente il servizio offertoLe, La invitiamo a compilare il presente questionario; le Sue valutazioni ci saranno di grande aiuto.

DATA DI COMPILAZIONE:	 ALTO	 MEDIO	 BASSO
1 Come valuta i tempi di attesa intercorsi tra la richiesta dell'esame e la sua esecuzione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Come valuta l'accoglienza del personale all'Accettazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Come valuta i tempi di attesa intercorsi tra il suo arrivo e l'esecuzione del prelievo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Come valuta la disponibilità del personale in accettazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Come valuta la professionalità del personale sanitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Si ritiene soddisfatto/a delle condizioni igieniche della struttura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Si ritiene soddisfatto/a del comfort nella struttura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 E' soddisfatto/a del servizio erogato dal Laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE E SUGGERIMENTI:

Ci indichi eventuali suggerimenti che ritiene utili per migliorare il servizio erogato.

(Particolarmente utile rispetto ai punti negativi)

La DIREZIONE ringrazia gli Utenti per la gentile collaborazione.

CONTATTI OVE INVIARE IL QUESTIONARIO

INDIRIZZO: Centro Diagnostico L.S. - Via Miccoli, 6 - 80039 Saviano (Na)

MAIL: labspallanzani@libero.it