



Centro Medicina
Psicosomatica

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTI

QUA07MOD2
REV.0
DEL 04/01/2021

Gentile Signore/a,

La informiamo che il Centro Medicina Psicosomatica le chiede di contribuire a rendere il servizio sempre più rispondente alle Sue esigenze. A tal fine, La invitiamo alla compilazione di un questionario di gradimento dei servizi, con l'invito a restituirlo mediante le due diverse modalità di seguito descritte: 1. Invio mediante posta elettronica all'indirizzo e-mail: info@centromp.it o mediante posta ordinaria all'indirizzo della nostra sede operativa; 2. Collocazione del questionario compilato nella apposita urna collocata presso la segreteria; 3. Consegnando ad un nostro operatore domiciliare, il questionario compilato in busta chiusa. Il suddetto questionario potrà essere anche compilato da un operatore mediante intervista telefonica.

Il conferimento dei dati richiesti dal questionario è facoltativo e un eventuale rifiuto di fornirli non avrà conseguenze negative sulla possibilità di usufruire delle prestazioni offerte.

La raccolta delle informazioni tramite il questionario è finalizzata esclusivamente ad elaborazioni statistiche, effettuate anche con strumenti elettronici, da parte di questo organismo per valutare la qualità dei servizi e/o delle prestazioni sanitarie offerte.

I dati da Lei forniti non saranno comunicati a terzi e verranno distrutti o resi anonimi subito dopo la raccolta e comunque non oltre la registrazione. I risultati delle rilevazioni potranno essere diffusi soltanto in forma anonima.

In qualunque momento potrà conoscere le informazioni che La riguardano, verificare se sono esatte, integrarle, aggiornarle, rettificarle, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi ed esercitare gli altri diritti riguardanti i suoi dati personali, rivolgendosi all'ufficio amministrativo.

Il questionario viene compilato in data ____/____/____

- direttamente dall'utente
- da familiari o conoscenti
- con l'aiuto di un operatore
- mediante intervista telefonica

INFORMAZIONI GENERALI (relative al compilatore/colui che fornisce le risposte)

Sesso • M • F Anno di nascita del compilatore _____

Nazionalità • italiana • Altro

Da quanto usufruisce dei nostri servizi?

- 1-12 mesi
- da più di 1 anno

Come ha conosciuto il nostro Centro?

- Segnalazione del medico/assistente sociale
- Pubblicità su riviste e giornali
- Internet/social
- Consiglio di amici/familiari
- Altro _____



Centro Medicina
Psicosomatica

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTI

QUA07MOD2
REV.0
DEL 04/01/2021

Indichi il Suo grado di soddisfazione relativamente ai punti di seguito elencati:

Quanto si ritiene soddisfatto in merito a:	Molto	Poco	Per nulla
Tempi di attesa per l'inizio del servizio (dal primo contatto all'inizio del trattamento)			
Informazioni ricevute in merito al servizio erogato			
Disponibilità e cortesia degli operatori			
Pianificazione degli orari rispetto ai Suoi tempi di vita (pranzo, riposo, ecc).			
Rispetto degli orari stabiliti			
Rispetto della riservatezza e della privacy personale			
L'organizzazione complessiva del servizio			

Consiglierebbe ad altri di usufruire dei servizi offerti dal Centro Medicina Psicosomatica?

SI	NO, (Indicare il perché)
----	--------------------------

La invitiamo a fornirci le Sue idee per migliorare il nostro servizio

PROPOSTE E SUGGERIMENTI

Le ricordiamo che presso la segreteria del Centro e sul nostro sito internet è disponibile un modulo di reclamo qualora volesse farci pervenire qualunque disappunto relativo al servizio garantito. Potrà compilarlo e consegnarlo a mano, inserendolo nel box predisposto presso la segreteria o farlo pervenire via posta, fax o e-mail. L'ufficio competente provvederà a darle una risposta entro 15 giorni.

Data di acquisizione

Grazie per la collaborazione