

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL GRADIMENTO DEI PAZIENTI

Gentile Signora, Gentile Signore, Le chiediamo cortesemente di dedicarci pochi minuti per compilare questo questionario, sottolineando per ogni domanda la voce di risposta corrispondente al Suo giudizio.

Il Suo contributo ci sarà di grande aiuto per migliorare i servizi e le prestazioni che lo studio oculistico Oftalmos Medica offre ai pazienti.

Il questionario è del tutto anonimo: il Suo nome, la firma ed il recapito sono facoltativi e li potrà inserire solo se desidera avere una risposta diretta ad eventuali quesiti che intende porci.

Dopo averlo compilato potrà "imbucarlo" nell'apposita cassetta situata in segreteria. Grazie per la collaborazione.

Oftalmos Medica il Direttore Sanitario

1	Secondo Lei, i locali di attesa sono:	<input type="radio"/>	Accoglienti	<input type="radio"/>	Poco accoglienti	<input type="radio"/>	Non accoglienti	<input type="radio"/>	Non adeguati
2	I locali in cui si è svolto il Suo esame erano ordinati e puliti?	<input type="radio"/>	Molto	<input type="radio"/>	Abbastanza	<input type="radio"/>	Poco	<input type="radio"/>	Per nulla
3	Le sono state chiare le informazioni che ha ricevuto dal personale dell'accettazione?	<input type="radio"/>	Molto	<input type="radio"/>	Abbastanza	<input type="radio"/>	Poco	<input type="radio"/>	Per nulla
4	Il personale dell'accettazione si è rivolto a Lei con cortesia e disponibilità?	<input type="radio"/>	Molto	<input type="radio"/>	Abbastanza	<input type="radio"/>	Poco	<input type="radio"/>	Per nulla
5	Le sono state chiare le informazioni che ha ricevuto dal personale medico / paramedico?	<input type="radio"/>	Molto	<input type="radio"/>	Abbastanza	<input type="radio"/>	Poco	<input type="radio"/>	Per nulla
6	Il personale medico / paramedico si è rivolto a Lei con cortesia e disponibilità?	<input type="radio"/>	Molto	<input type="radio"/>	Abbastanza	<input type="radio"/>	Poco	<input type="radio"/>	Per nulla
7	Ritiene che la Sua privacy sia stata tutelata nelle fasi di accettazione / chiamata in ambulatorio / consegna referto?	<input type="radio"/>	Molto	<input type="radio"/>	Abbastanza	<input type="radio"/>	Poco	<input type="radio"/>	Per nulla

Oftalmos Medica S.a.s di Enrico Mantovani e C.

Direttore Sanitario: Dott. Mantovani Enrico (Medico Chirurgo, specialista in oftalmologia)

Sede legale e operativa: Via Thomas Alva Edison, 26 – 35136 Padova PD

Telefono 049 8736192 mail: oftalmosmedicasas@gmail.com – pec: oftalmosmedica@pec.it

C.F. 04876310287 P.IVA 04876310287 C.CIAA e Numero REA: PD 0425267 Capitale Sociale i.v.: € 1.000

8	Secondo Lei, l'appuntamento le è stato fornito in tempi:	<input type="radio"/>	Brevi	<input type="radio"/>	Accettabili	<input type="radio"/>	Adeguati	<input type="radio"/>	Troppo lunghi
9	Il tempo di attesa tra la fine della Sua prestazione ed il ritiro del referto è stato:	<input type="radio"/>	Breve	<input type="radio"/>	Adeguato	<input type="radio"/>	Accettabile	<input type="radio"/>	Troppo lungo
10	L'orario del suo appuntamento è stato rispettato?	<input type="radio"/>	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	NON SO	<input type="radio"/>	
11	La prestazione ha soddisfatto le Sue aspettative?	<input type="radio"/>	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	NON SO	<input type="radio"/>	
12	Secondo lei il rapporto qualità/prezzo è stato?	<input type="radio"/>	Buono	<input type="radio"/>	Accettabile	<input type="radio"/>	Poco soddisfacente	<input type="radio"/>	Insoddisfacente
13	Dovendo esprimere un giudizio globale sul servizio ricevuto presso il nostro centro, come lo definirebbe?	<input type="radio"/>	Molto soddisfacente	<input type="radio"/>	Abbastanza soddisfacente	<input type="radio"/>	Poco soddisfacente	<input type="radio"/>	Per nulla soddisfacente

FACOLTATIVO: Se desidera avanzare dei suggerimenti, li scriva nelle righe seguenti

FACOLTATIVO: Se desidera avere un riscontro sulle sue proposte, per cortesia ci fornisca le informazioni seguenti:

Cognome e nome _____

Indirizzo mail _____ Telefono _____

Recapito _____ in _____ CAP _____

Firma _____ Data _____

Trattamento dei dati personali.

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (GDPR), La informiamo che i dati personali richiesti nel presente modulo saranno trattati da OFTALMOS MEDICA S.a.s nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento e come meglio illustrato nella informativa che può richiedere in segreteria.

Oftalmos Medica S.a.s di Enrico Mantovani e C.

Direttore Sanitario: Dott. Mantovani Enrico (Medico Chirurgo, specialista in oftalmologia)

Sede legale e operativa: Via Thomas Alva Edison, 26 – 35136 Padova PD

Telefono 049 8736192 mail: oftalmosmedicasas@gmail.com – pec: oftalmosmedica@pec.it

C.F. 04876310287 P.IVA 04876310287 C.CIAA e Numero REA: PD 0425267 Capitale Sociale i.v.: € 1.000