



QUESTIONARIO DI INDAGINE DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA

Gentile Utente,

La preghiamo di dedicare qualche minuto alla compilazione, in forma anonima, del presente questionario che sottoponiamo alla Sua attenzione con lo scopo di migliorare la Qualità dei servizi offerti dall'U.O. di Medicina Trasfusionale del P.O. di Rossano. Le assicuriamo che porremo la massima attenzione alle segnalazioni, suggerimenti e spunti di miglioramento emersi da questa indagine. Potrà restituire il Questionario compilato depositandolo nell'apposita Urna presso il Centro Trasfusionale oppure inviandolo via FAX al N° 0983.517385 o via mail a medicinatrasfusionale.rossano@asp.cosenza.it

▪ **Tipologia Utente:**

Utilizzatore Donatore Paziente

▪ **Che frequenza di contatto ha con l'U.O. di Medicina Trasfusionale di Rossano?**

Spesso Raramente Mai Quasi mai

Quanto è soddisfatto in relazione ai seguenti aspetti:		Per niente		Poco			Abbastanza			Molto	
1	Accesso ai locali del Servizio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Igiene e confort dei locali	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Orari di apertura all'utenza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Materiale informativo sui servizi erogati	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Puntualità e rispetto dei tempi nella gestione delle attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Cortesìa e disponibilità del personale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Competenza e professionalità del personale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Capacità e tempestività nel risolvere eventuali problematiche emerse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Sistemi di comunicazione per dialogare con la struttura	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Generale soddisfazione rispetto ai servizi erogati dalla struttura	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

▪ **Quali dei seguenti sistemi preferirebbe utilizzare per comunicare con questo ufficio? (massimo 2 preferenze)**

E-mail Fax Contatto diretto personale-utente Telefono Sito internet

SUGGERIMENTI PER MIGLIORARE IL SERVIZIO

Data ___/___/_____

La ringraziamo per la disponibilità