



## Questionario di Gradimento

La Tua opinione e i Tuoi suggerimenti ci saranno di grande utilità per migliorare la qualità dei nostri servizi.

Data \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI GENERALI

Sesso            F   M

Età              \_\_\_\_\_

Nazionalità    \_\_\_\_\_

- **A quale tipo di terapia sei stato sottoposto?**
  - Tecarterapia
  - Massoterapia
  - Rieducazione motoria
  - Rieducazione neuromotoria
  - Terapia strumentale
  - Altro
  
- **Come hai prenotato il tuo appuntamento con noi?**
  - Telefonicamente
  - Di persona
  - altro

#### **Prenotazione telefonica**

- Sei soddisfatto della prenotazione telefonica?

(informazioni ricevute, cortesia degli operatori, tempi d'attesa)

1. Per nulla soddisfatto   2. Poco soddisfatto   3. Soddisfatto   4. Molto soddisfatto

#### Prenotazione allo sportello

- Sei soddisfatto della prenotazione allo sportello?

(informazioni ricevute, cortesia degli operatori, tempi d'attesa, privacy, comfort locali)

1. Per nulla soddisfatto   2. Poco soddisfatto   3. Soddisfatto   4. Molto soddisfatto

Trattamento fisioterapico

· Come valuti le informazioni che hai ricevuto dal personale sanitario?

. Per nulla soddisfatto 2. Poco soddisfatto 3. Soddisfatto 4. Molto soddisfatto

· Come valuti il trattamento fisioterapico a cui sei stato sottoposto?

1. Per nulla soddisfatto 2. Poco soddisfatto 3. Soddisfatto 4. Molto soddisfatto

Consigliaresti l'Istituto Galeno ad altri utenti?

---

Come pensi potremmo migliorare i nostri servizi?

---