

			ALL 11A		
	QUESTIONARIO SODDISFAZIONE PAZIENTE		Rev.	Data	Pagina
			0	02/03/2026	1 di 1

Gentile Paziente, La Sua opinione è fondamentale per aiutarci a migliorare la qualità dei nostri servizi. La preghiamo di dedicare pochi istanti alla compilazione di questo questionario anonimo. Grazie per la collaborazione.

DATA DELLA PRESTAZIONE: _____

BRANCA/SERVIZIO UTILIZZATO: ☐ Diagnostica (RM, MOC, RX) ☐ Chirurgia ☐ Visita Specialistica ☐ Altro: _____

Valuti i seguenti aspetti con un punteggio da 1 a 5:

(1 = Molto Insoddisfatto | 2 = Insoddisfatto | 3 = Neutro | 4 = Soddisfatto | 5 = Molto Soddisfatto)

ACCESSIBILITÀ E PRENOTAZIONE

Facilità nel contattare il centro (Tel/WhatsApp/Web): **1 2 3 4 5**

Cortesìa e disponibilità del personale di segreteria: **1 2 3 4 5**

Tempi di attesa per ottenere l'appuntamento: **1 2 3 4 5**

LA STRUTTURA

Pulizia, igiene e comfort degli ambienti: **1 2 3 4 5**

Rispetto della puntualità dell'appuntamento: **1 2 3 4 5**

Chiarezza della segnaletica e facilità di orientamento: **1 2 3 4 5**

PRESTAZIONE SANITARIA

Competenza e professionalità del personale medico/tecnico: **1 2 3 4 5**

Capacità del personale di ascoltare e rispondere ai Suoi dubbi: **1 2 3 4 5**

Chiarezza delle informazioni fornite (Consenso/Privacy): **1 2 3 4 5**

Comfort durante gli esami diagnostici (es. Risonanza Magnetica): **1 2 3 4 5**

CONCLUSIONE DEL SERVIZIO

Facilità e rapidità nel ritiro dei referti: **1 2 3 4 5**

Rapporto qualità/prezzo del servizio ricevuto: **1 2 3 4 5**

Consiglierebbe Polaris Medical Service ad amici o parenti?

☐ Certamente ☐ Probabilmente ☐ No

Cosa potremmo fare per migliorare la Sua esperienza nel nostro centro?

La ringraziamo per il Suo tempo. Polaris Medical Service lavora ogni giorno per la Sua salute.