



## FONDAZIONE BENEFATTORI CREMASCHI ONLUS

### QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

**Ambulatorio  
Neurologico**

Gentile Signora/e, siamo a richiedere la Sua collaborazione per una valutazione del servizio offerto da questa Fondazione. Di seguito, potrà rispondere ad alcune domande barrando la casella che meglio corrisponde alla Sua valutazione. Il questionario viene consegnato durante la visita. La Sua opinione, le Sue proposte e i Suoi suggerimenti sono per noi estremamente utili per migliorare i servizi offerti e renderli sempre più rispondenti alle diverse esigenze.

Una volta compilato, potrà imbucarlo nell'apposita cassetta posta presso l'ingresso di Via Kennedy o di via Zurla

La ringraziamo fin da ora per la disponibilità che vorrà riservarci.

Lei è un:

*Utente visite neurologiche*

*Accompagnatore utente visite neurologiche*

	Ottimo	Buono	Discreto	Insufficiente	Molto scarso
1) <b>E' soddisfatto delle informazioni ricevute all'atto della prenotazione ?</b>					
2) <b>Gli addetti al CUP hanno soddisfatto le Sue esigenze?</b>					
3) <b>I medici hanno soddisfatto le Sue esigenze?</b>					
4) <b>E' soddisfatto in generale dell'organizzazione del servizio CUP ( orari, tempi di risposta ai bisogni,....)</b>					
5) <b>Ritiene soddisfacenti gli spazi dell' ambulatorio ( per la pulizia, gli arredi, le attrezzature,...)</b>					
6) <b>Nel complesso quanto si ritiene soddisfatto del servizio?</b>					

**Commenti e suggerimenti :**

.....  
.....  
.....