

NOME _____

COGNOME _____

Data visita _____

Nome medico _____

Come è venuto a conoscenza del Poliambulatorio Medical House?

- Medico di base Internet e Social Altro
- Mass Media Amici o Parenti _____

Come valuti l'adeguatezza della struttura?

	Eccellente	Molto buono	Buono	Discreto	Scarso
Sala attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Materiale Informativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi Igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studio Medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il personale della segreteria ha risposto adeguatamente alle tue richieste?

- Sì
- No

Il medico ha risposto adeguatamente alle tue esigenze?

- Sì
- No

Raccomanderesti il Poliambulatorio Medical House ad amici e parenti?

- Sì
- No

Complessivamente quanto sei soddi- sfatto della struttura?

- 1 2 3 4 5

Complessivamente quanto sei soddi- sfatto del servizio sanitario?

- 1 2 3 4 5

Reclami / Altro
