



## **Questionario di Misurazione dell'Esperienza del Paziente Risonanza Magnetica Ospedale/PO di.....**

Gentile utente, la preghiamo di compilare il presente questionario al fine di migliorare il servizio offerto.

**SESSO**    M     F     ALTRO

**ETA'**    18-35     36-50     51-65     66- OVER

**NAZIONALITA'**    ITALIANA     EUROPEA     EXTRAEUROPEA

### **Sezione PREMs (esperienza del paziente)**

#### **1 - ATTRAVERSO QUALE SISTEMA HA EFFETTUATO LA PRENOTAZIONE?**

Telefono     Sportello fisico     Sito Web     Altro

#### **2 - COME GIUDICA COMPLESSIVAMENTE IL SISTEMA DI PRENOTAZIONE?**

Insoddisfatto     Poco soddisfatto     Soddisfatto     Molto soddisfatto

#### **3 - E' STATO FACILE RAGGIUNGERE I LOCALI DOVE EFFETTUARE L'ESAME**

Insoddisfatto     Poco soddisfatto     Soddisfatto     Molto soddisfatto

#### **4 - HA RICEVUTO INFORMAZIONI ADEGUATE RIGUARDO L'ESAME AL QUALE è STATO/A SOTTOPOSTO/A?**

Insoddisfatto     Poco soddisfatto     Soddisfatto     Molto soddisfatto

**5 - NEL COMPLESSO E' SODDISFATTO/A DELLA PRESTAZIONE EROGATA?**

Insoddisfatto       Poco soddisfatto       Soddisfatto       Molto soddisfatto

**6 - RITIENE CHE L'ESAME SIA STATO UTILE NEL SUO PERCORSO DI CURA**

Insoddisfatto       Poco soddisfatto       Soddisfatto       Molto soddisfatto

**7 - COMPRENDE MEGLIO LA SUA SITUAZIONE DI SALUTE DOPO AVERE EFFETTUATO L'ESAME?**

Insoddisfatto       Poco soddisfatto       Soddisfatto       Molto soddisfatto

**Sezione Commenti**

**Ha suggerimenti per migliorare l'esperienza?**

---

---

---

---

---