

## QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

### FARMACIA COMUNALE

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### A. Come valuta la capacità di servizio del personale:

	Insufficiente	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
1. È disponibile all'ascolto?	1	2	3	4	5
2. Risponde con cortesia?	1	2	3	4	5
3. È chiaro nel fornire le informazioni?	1	2	3	4	5

#### B. La Farmacia Comunale:

	Insufficiente	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
4. E' di suo gradimento l'orario continuato?	1	2	3	4	5
5. È facilmente accessibile?	1	2	3	4	5
6. I tempi di attesa sono accettabili?	1	2	3	4	5

#### C. Per arrivare alla Farmacia Comunale:

	Insufficiente	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
7. Le indicazioni sono sufficienti?	1	2	3	4	5
8. Le barriere architettoniche sono superabili?	1	2	3	4	5

#### D. E' rimasto soddisfatto dei seguenti servizi della Farmacia Comunale, qualora ne abbia usufruito (Rispondere solo se si è fatto ricorso a tali tipi di servizio)?

<input type="checkbox"/> Consulenza nutrizionistica	SI	NO
<input type="checkbox"/> Consulenza fitoterapica	SI	NO
<input type="checkbox"/> Consulenza omeopatica	SI	NO
<input type="checkbox"/> Controllo osteoporosi	SI	NO
<input type="checkbox"/> Controllo udito	SI	NO
<input type="checkbox"/> Prova trucco	SI	NO
<input type="checkbox"/> Analisi del capello	SI	NO

QUALI ALTRI SERVIZI E/O PRODOTTI VORREBBE EVENTUALMENTE TROVARE IN FARMACIA?

OSSERVAZIONI IN MERITO AL SERVIZIO RICEVUTO:

# QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

## PROFILO UTENTE

A) GENERE:

- Maschio
- Femmina

B) OCCUPAZIONE:

- Studente
- Casalinga
- Pensionato
- Lavoratore Autonomo
- Lavoratore Dipendente
- Disoccupato
- Altro \_\_\_\_\_

C) TITOLO DI STUDIO:

- Scuola obbligo
- Superiore
- Laurea
- Altro \_\_\_\_\_

D) FASCIA DI ETA':

- 18-30
- 31-45
- 46-60
- 61- oltre

E) QUANTE VOLTE SI RECA IN FARMACIA?:

- Tutti i giorni
- Almeno una volta a settimana
- Almeno una volta al mese
- Almeno una volta all'anno
- Altro \_\_\_\_\_