

SCHEDA DI VALUTAZIONE SODDISFAZIONE CLIENTE

Gentile Utente,

Le chiediamo cortesemente di compilare il seguente questionario per raccogliere il suo grado di soddisfazione ed eventuali suggerimenti rispetto al servizio erogato dalla Farmacia Comunale. Le informazioni raccolte ci permetteranno di migliorare il servizio rendendolo più rispondente alle sue esigenze.

DATI PERSONALI (in anonimato)

Età _____ Sesso _____ Nazionalità _____ Indirizzo _____

Cliente Abituale Di passaggio Nuovo

Nelle seguenti tabelle indicare con una X il proprio grado di soddisfazione.

PERSONALE DELLA FARMACIA		molto soddisfatto	soddisfatto	insoddisfatto	molto insoddisfatto
A	Rispetto della riservatezza				
B	Cortesia, disponibilità, dialogo e ascolto da parte del personale				
C	Completezza delle informazioni relative all'uso dei farmaci/altri prodotti				
D	Informazione circa la disponibilità del farmaco equivalente				
E	Sensibilità e capacità di proporre prodotti accessori o complementari alla richiesta dell'utente				
F	Rapidità con cui sono procurati i farmaci eventualmente mancanti				
G	Altro (specificare).....				

SERVIZI EROGATI		molto soddisfatto	soddisfatto	insoddisfatto	molto insoddisfatto
H	Autoanalisi (glicemia, colesterolo, trigliceridi, test intolleranze alimentari)				
I	Servizio CUP (da Gennaio 2018)				
L	Misurazione pressione				
M	Ritiro referti ospedalieri				
N	Noleggio attrezzature elettromedicali/supporti sanitari/bombole				
O	Orario continuato gio-ven 8.30-19.00				
P	Complessivamente quanto è soddisfatto del nostro servizio?				

FARMACIA		molto soddisfatto	soddisfatto	insoddisfatto	molto insoddisfatto
A	Posizione comoda				
B	Orari di apertura				
C	Assortimento e varietà di prodotti				
E	Pulizia / illuminazione				
F	Esposizione e accessibilità dei prodotti				
G	Iniziativa in farmacia (promozioni, giornate di prevenzione, screening udito, giornate trucco, consulenze dermocosmetiche, ecc..)				
H	Altro (specificare).....				

Quali tra i seguenti servizi vorrebbe in farmacia?

- CONSEGNA GRATUITA FARMACI A DOMICILIO (servizio per disabili o invalidi)
 - SERVIZIO INFERMIERISTICO con infermiera professionale (medicazioni, iniezioni, prelievi a domicilio)
 - HOLTER PRESSORIO 24H
 - ELETTROCARDIOGRAMMA
 - DISTRIBUTORE AUTOMATICO PROFILATTICI
 - FISIOTERAPISTA
 - NUTRIZIONISTA
 - ESTETISTA
 - ALTRO.....
-

Data compilazione...../...../.....

Si prega di consegnare in farmacia.
Il presente modulo è disponibile e compilabile on line sul sito www.farcom.it.
Grazie per la collaborazione e per la preferenza accordata alla nostra Farmacia.