

LA "FARMACIA TRILLO" IN COLLABORAZIONE CON L'ASSOCIAZIONE "PALAZZO TENTA 39"

Presenta

"Il questionario per costruire la FARMACIA del futuro"



Ti ringraziamo anticipatamente per la compilazione del questionario in forma anonima e con la finalità di conoscerti meglio e comprendere i punti di miglioramento del servizio farmacia del tuo paese.

Le risposte saranno raccolte on-line sul sito www.palazzotenta39.it o in cartaceo consegnando il foglio compilato in Farmacia nell'apposito contenitore

La raccolta delle informazioni sarà effettuata dal 1 al 28 Febbraio 2016

Inizio Questionario

Prima di tutto raccontaci un po' di te

Vivi a Bagnoli Irpino ?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Fascia d'età ?

Meno di 35 Anni	<input type="checkbox"/>
Tra 36 e 46 Anni	<input type="checkbox"/>
Tra 47 e 65 Anni	<input type="checkbox"/>
Sopra 65 Anni	<input type="checkbox"/>

Genere ?

Uomo	<input type="checkbox"/>
Donna	<input type="checkbox"/>

Con che frequenza usi internet ?

Più di una volta al giorno	<input type="checkbox"/>
Qualche volta al mese	<input type="checkbox"/>
Quasi mai	<input type="checkbox"/>

Soffri di qualche patologia cronica/devi prendere spesso farmaci ?

SI – Quale	
.....	
No	

Come ti informi su cure/farmaci e prevenzione ?

Medico curante	
Altro medico/specialista	
Riviste/Internet	
Amici/familiari	
Altro – Specificare	
.....	

Quanto spesso ti servi della farmacia del tuo paese?

Meno di una volta al mese	
Dalle 2 alle 5 volte al mese	
Oltre 5 volte al mese	
Mai	

Oltre ai farmaci quali dei seguenti prodotti acquisteresti volentieri in Farmacia ?

Cosmetici	
Alimentari Dietetici, Dimagranti	
Igiene personale di qualità (Shampoo, deodoranti etc..)	
Erboristeria	
Omeopatia	
Altro.....	

Quali dei seguenti servizi utilizzeresti volentieri in Farmacia ?

Prenotazioni visite specialistiche (CUP)	
Auto analisi (glicemia, colesterolo , controllo peso pressione ecc...)	
Campagne Informazione/Prevenzione	
Primo soccorso	
Consegna a Domicilio per persone Anziane e/o con disabilità	
Altro – specificare	
.....	

Quanto ti tranquillizza sapere di poter accedere in farmacia per urgenze anche fuori orario/durante la notte?

Moltissimo	
Abbastanza	
Non mi interessa	
Altro – specificare	
.....	

QUESTIONARIO INDICE DI GRADIMENTO

Adesso ti invitiamo a compilare il questionario per raccogliere il grado di soddisfazione ed eventuali suggerimenti rispetto al servizio erogato finora dalla farmacia. Le informazioni raccolte ci permetteranno di migliorare e rendere sempre più rispondente alle tue esigenze rispetto a quanto fino ad oggi abbiamo fatto

Elementi per i quali esprimere il giudizio di soddisfazione:	Molto Soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto Insoddisfatto
Rispetto della riservatezza, cortesia, disponibilità, dialogo e ascolto da parte del personale				
Preparazione professionale e consigli dati?				
Informazioni fornite sulle modalità di somministrazione dei farmaci				
Rapidità in cui vengono procurati i farmaci mancanti				
Posizione del locale				
Comunicazione relativamente a turni e orari propri e di altre farmacie e costante disponibilità di apertura (notturno/fuori orario)				
Chiarezza sui servizi e sui prodotti in offerta				
Altro – Specificare:.....				
GIUDIZIO COMPLESSIVO DI SODDISFAZIONE				

Indicate in quale dei punti specificati ritieni sia necessario intervenire al più presto per migliorare il servizio erogato:

.....

Siete invitati ad utilizzare lo spazio sottostante per ulteriori indicazioni:

.....