

- sì perché? \_\_\_\_  
 no perché? \_\_\_\_

E' la prima volta che viene allo Studio Fisioterapico Ferrara?

- sì  
 no

Hai già effettuato terapie fisiche? Dove?

- sì dove? \_\_\_\_  
 no

Come è venuto a conoscenza dello Studio Fisioterapico Ferrara?

- informazioni da amici/conoscenti  
 indicazione del proprio medico  
 giornali/riviste quali? \_\_\_\_  
 internet  
 altro

Durante la terapia quali trattamenti hai seguito?

- Tecar  
 massoterapia  
 palestra riabilitativa  
 chinesiterapia  
 sit therapy  
 laserterapia  
 elettrostimolazione  
 ultrasuono  
 pressoterapia  
 magnetoterapia  
 linfodrenaggio  
 taping neuromuscolare  
 rieducazione posturale globale RPG  
 trazioni

Tornerebbe allo Studio Fisioterapico Ferrara?

- sì  
 no perché? \_\_\_\_  
 forse perché? \_\_\_\_

Il trattamento da lei ricevuto è stato risolutivo per la problematica per la quale si è rivolto/a a questo centro?

- sì  
 no perché? \_\_\_\_

Ritiene soddisfacente l'assistenza e la professionalità del personale?

Valutazione dei servizi:

	eccellente	buono	sufficiente	scarso
accoglienza				
servizi(bagno,caffè)				
Stanze				
Ordine				
Pulizia				
Fisioterapia				
Tecar				
Massoterapia				
Palestra riabilitativa				
Chinesiterapia				
Sit therapy				
Laserterapia				
Elettrostimolazione				
Ultrasuono				
Pressoterapia				
Magnetoterapia				
Linfodrenaggio				
Taping				
RPG				
Trazioni				
età	<30	31-45	45-60	>60

Vorrebbe ricevere aggiornamenti e promozioni via mail?

- sì mail: \_\_\_\_  
 no

Ha dei suggerimenti da proporre al fine di migliorare ulteriormente il nostro servizio? \_\_\_\_

*La ringraziamo per il tempo dedicatoci!*