



Egr. Sig./Sig.ra,

il questionario anonimo che le chiediamo di compilare ha lo scopo di fornire indicazioni sulle prestazioni offerte dalla nostra struttura.

Le Sue indicazioni serviranno ad impostare azioni di miglioramento dei servizi offerti, anche per le persone che ne usufruiranno in futuro.

Le chiediamo di barrare con una X la risposta che Le sembra più adatta. Le ricordiamo di barrare solo una risposta.

Dopo aver compilato il questionario lo inserisca nell'apposita cassetta di raccolta presente nella struttura (posta a destra, all'ingresso della stessa).

La ringraziamo per il contributo e la collaborazione che ci vorrà offrire.

~~~~~

Indicare il motivo di accesso alla struttura

- Singolo consulto
- Valutazione psicodiagnostica
- Valutazione per DSA

Si prega di individuare e segnare per ogni domanda il grado di soddisfazione

Legenda: = Scarso = Medio = Buono = Ottimo

| Come valuta                                                                                                  | VALUTAZIONE |       |       |        |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|-------|--------|----------------|
|                                                                                                              |             |       |       |        |                |
|                                                                                                              | Ottimo      | Buono | Medio | Scarso | Non valutabile |
| <b>AREA INFORMAZIONE / ORGANIZZAZIONE:</b>                                                                   |             |       |       |        |                |
| Le informazioni ricevute telefonicamente e/o presso la struttura in fase di primo contatto con il Centro     |             |       |       |        |                |
| Il tempo di attesa dalla prenotazione alla data di prestazione                                               |             |       |       |        |                |
| Le tariffe applicate per prestazioni in regime di solvenza                                                   |             |       |       |        |                |
| Il servizio accettazione amministrativa / orario di apertura Segreteria                                      |             |       |       |        |                |
| <b>AREA ASSISTENZA</b>                                                                                       |             |       |       |        |                |
| Attenzione ricevuta dal personale medico                                                                     |             |       |       |        |                |
| La chiarezza e completezza delle informazioni sullo stato di salute e le eventuali indicazioni riabilitative |             |       |       |        |                |
| Il rispetto degli orari previsti                                                                             |             |       |       |        |                |
| Il rispetto della riservatezza personale                                                                     |             |       |       |        |                |
| <b>AREA AMBIENTALE</b>                                                                                       |             |       |       |        |                |
| Il comfort e il servizio della sala d'aspetto e dei luoghi comuni                                            |             |       |       |        |                |
| L'igiene e la pulizia degli ambienti                                                                         |             |       |       |        |                |
| La chiarezza della segnaletica                                                                               |             |       |       |        |                |

Complessivamente, quanto è soddisfatto del nostro Servizio?

- Ottimo
- Buono
- Medio
- Scarso



**Come siete venuti a conoscenza del Dosso Verde?**

- Segnalazione del Medico/Pediatra
- UONPIA o Servizi Ospedalieri
- ATS (ex ASL)
- Segnalazione di altri clienti/utenti o conoscenti e amici
- Contatto diretto con il centro (Già frequentato da altri figli o familiari)

**Consiglierebbe ad altri questa struttura?**

Sì

No

**Dati di chi che compila il questionario**

Sesso: M  F  Anni \_\_\_\_\_

Scolarità: elementare  media  superiore  laurea

Rapporto con il minore:  genitore  curatore  amministratore di sostegno  tutore  altro \_\_\_\_\_

Professione:  casalinga  operaio  impiegato  libero professionista  commerciante  disoccupato  altro \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_

SE LO DESIDERA DIA UN SUGGERIMENTO PER MIGLIORARE IL DV:

-----  
-----  
-----

Data di compilazione .....