Gent.ma Sig.ra, Egr. Sig.

Il questionario **anonimo** che le chiediamo di compilare ha lo scopo di fornire indicazioni sulle prestazioni offerte dalla struttura presso la quale suo figlio/figlia ricevere le terapie riabilitative.

Le Sue indicazioni sono per noi di grande interesse e serviranno ad impostare azioni di miglioramento sui servizi offerti, anche per le persone che ne usufruiranno in futuro.

Il questionario prevede anche uno spazio dove, se lo desidera, potrà esprimere suggerimenti per il miglioramento dei servizi. Le assicuriamo che il questionario è anonimo.

La ringraziamo vivamente per la sua gentile collaborazione.

≈≈≈

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: 🙂 ***= Ottimo*** 😐 ***= Medio*** ☹ ***= Scarso***

Come valuta	VALUTAZIONE			
	🙂 Ottimo	😐 Medio	☹ Scarso	Non valutabile
AREA INFORMAZIONE / ORGANIZZAZIONE				
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				
AREA ASSISTENZA				
Attenzione ricevuta dal personale (neuropsichiatria infantile, psicologo, psicoterapeuta, terapista della riabilitazione)				
La chiarezza e completezza delle informazioni sullo stato di salute e le eventuali indicazioni terapeutiche/riabilitative				
Il rispetto degli orari previsti				
Il rispetto della riservatezza personale				
AREA AMBIENTALE				
Il comfort della sala d'aspetto e dei luoghi comuni				
L'igiene e la pulizia degli ambienti				
AREA EMERGENZIALE				
L'organizzazione e la gestione delle diverse misure di prevenzione e contenimento epidemiologico adottate al Dosso Verde per attuare le visite in sicurezza (triage utenti e familiari: misurazione t°, igienizzazione, distanziamento, controllo certificazione verde)				

Come siete venuti a conoscenza del Dosso Verde?

□ Segnalazione del Medico/Pediatra
□ Poli ospedalieri
□ ATS (ex ASL)/UONPIA
□ Segnalazione di altri utenti o conoscenti e amici
□ Contatto diretto con il centro (già frequentato da altri figli o familiari)

Consiglierebbe ad altri questa struttura?

Sì □
No □

Chi compila il questionario?

Rapporto con il minore: □ genitore □ curatore □ amministratore di sostegno □ tutore □ altro _____

SE LO DESIDERA DIA UN SUGGERIMENTO PER MIGLIORARE I SERVIZI DEL DOSSO VERDE: