

 SANTA CHIARA MARTIGNANO	Motivo: PRIMA EMISSIONE
	Rev. 0 del 18/07/2024
	Pagina 1 di 3

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO

Gentile Utente,

Le chiediamo cortesemente di esprimere in forma anonima la Sua valutazione sulla qualità del servizio ricevuto.

Le informazioni ricavate dall'elaborazione dei questionari costituiscono per noi un valido strumento per offrirle un servizio sempre migliore.

Le chiediamo di rispondere a tutte le domande seguendone l'ordine e di indicare con una X la risposta che meglio descrive la Sua opinione riguardo i servizi offerti dal centro Istituto Santa Chiara Latina, tenendo in considerazione 1 come punteggio estremamente negativo e 5 come punteggio estremamente positivo.

Nel compilare il questionario, Le ricordiamo che non esistono risposte giuste o sbagliate: la migliore è quella che più si avvicina alla Sua esperienza e riflette il Suo pensiero.

*Prima di lasciare il Centro, potrà consegnare il **questionario al personale di segreteria**.*

La ringraziamo per la Sua preziosa collaborazione.

La Direzione

1. Per quale motivo accede ai servizi erogati dal Centro?

- ☐ Disturbi dello spettro autistico
- ☐ Disturbi neuro/psicomotori
- ☐ Disabilità cognitiva e sindromi generiche
- ☐ Disturbi dell'apprendimento e disturbi del linguaggio
- ☐ Altro (specificare) _____



SANTA CHIARA
MARTIGNANO

Motivo: **PRIMA EMISSIONE**

Rev. 0 del 18/07/2024

Pagina 2 di 3

2. Come è venuto a conoscenza del Centro?

- ☐ ASL
- ☐ Pediatra
- ☐ Scuola
- ☐ Internet
- ☐ Passaparola
- ☐ Altro _____

3. Consigliaresti il Centro a parenti e amici?

- ☐ SI
- ☐ NO

4. Segreteria e Amministrazione

4.1 Disponibilità, cortesia ed educazione del personale di Segreteria ed Amministrazione

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4.2 Chiarezza e completezza delle informazioni

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4.3 Personale sanitario Professionalità dell'équipe

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4.4 Disponibilità alla comunicazione

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4.5 Efficacia percepita del trattamento proposto

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4.6 Tempestività rilascio documentazione clinica

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4.7 Puntualità della prestazione rispetto all'orario indicato

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Struttura



SANTA CHIARA
MARTIGNANO

Motivo: **PRIMA EMISSIONE**

Rev. 0 del 18/07/2024

Pagina 3 di 3

5.1 Ordine e pulizia dei locali

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

5.2 Confort dei luoghi d'attesa

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

5.3 Disponibilità personale preposto

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

6. Privacy

6.1 Rispetto della riservatezza

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

7. Comunicazione

7.1 Qualità e completezza delle informazioni messe a disposizione dal Centro

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

7.2 Qualità e chiarezza del nostro sito Internet

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

NB: In caso di giudizi insufficienti, La preghiamo di fornirci utili indicazioni per migliorare il servizio.

Suggerimenti

Data di compilazione
