

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco	MODULO DI REGISTRAZIONE UOC COORDINAMENTO ATTIVITA' CONSULTORIALI	Allegato 2 Carta dei Servizi Pag. 1 / 1
	QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEGLI INTERVENTI CONSULTORIALI	

Gentile utente,
 Le chiediamo di compilare cosrtesemente questo questionario indicando la sua opinione.

*Il **questionario è anonimo** e la sua compilazione richiede solo pochi minuti.
 La ringraziamo fin d'ora per la sua preziosa collaborazione*

Consultorio Familiare di _____ Data _____

DATI PERSONALI:

Sesso: M F Et : Nazionalit :

Scolarit : Nessuna ☐ Elementare ☐ Media inferiore ☐ Media Superiore ☐ Laurea ☐

Di quale tipo d'intervento ha fruito (anche pi  di una scelta):

- ☐ colloquio di accoglienza
- ☐ visita medica specialistica
- ☐ prestazioni sanitarie
- ☐ colloqui per valutazione
- ☐ colloqui di consulenza/psicoterapia
- ☐ incontri di gruppo

Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto dell'intervento di cui ha usufruito?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto

Molto soddisfatto

Quanto si ritiene soddisfatto dei seguenti aspetti?

	Per niente soddisfatto				Molto soddisfatto		
Accessibilit�, comfort, pulizia	1	2	3	4	5	6	7
Rapidit� di avvio dell'intervento	1	2	3	4	5	6	7
Coinvolgimento nella definizione del progetto	1	2	3	4	5	6	7
Competenza/capacit� degli operatori	1	2	3	4	5	6	7
Comportamento degli operatori	1	2	3	4	5	6	7
Rispetto della riservatezza personale	1	2	3	4	5	6	7

Eventuali osservazioni critiche:

Eventuali suggerimenti/proposte migliorative:
