



Centro di Psicomotricità s.r.l.

Amministratore Unico e Legale Rappresentante Dott.ssa Lina Barbieri

Direttore Sanitario Dott.ssa Paola Francesca Ajmone

Counselling Psicologico – Neuropsichiatria Infantile – Psicoterapia – Psicomotricità

Terapia Neuromotoria – Logopedia

Iscrizione al Registro Regionale Strutture Accreditate al n. 646 (deliberazione del 14/07/2003)

Questionario area ambulatoriale (Decreto 14890 del 18/12/2006 della DGS)

Data compilazione _____ (gg/mm/aaaa)

D01 Come ha prenotato?

Telefonicamente Allo sportello Internet Altro Non so Nessuna Prenotazione

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI? (dia un voto da 1 a 7)

D02 Servizio di prenotazione

(orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

1 2 3 4 5 6 7

D03 Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione

1 2 3 4 5 6 7

D04 Servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket

(attesa allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

1 2 3 4 5 6 7

D05 Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti

1 2 3 4 5 6 7

D06 Rispetto degli orari previsti

1 2 3 4 5 6 7

D07 Attenzione ricevuta dal personale medico (accuratezza della visita, cortesia)

1 2 3 4 5 6 7

D08 Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute

1 2 3 4 5 6 7

D09 Attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico (accuratezza, cortesia, informazioni)

1 2 3 4 5 6 7

D10 Rispetto della riservatezza personale

1 2 3 4 5 6 7

D11 COMPLESSIVAMENTE QUANTO È SODDISFATTO DEL NOSTRO SERVIZIO?

1 2 3 4 5 6 7

D12 CONSIGLIEREBBE AD ALTRI QUESTA STRUTTURA?

1 2 3 4 5 6 7

A14 Sesso M F

A15 Età DEL BAMBINO

A16 Scolarità DEL BAMBINO

Nessuna
Scuola obbligo
Scuola superiore
Laurea

A17 Nazionalità

Italiana
Europea
Extraeuropea

Commenti /suggerimenti _____