

INDAGINE DI SODDISFAZIONE UTENTI DOMICILIARE

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere il grado di soddisfazione degli Utenti al fine di migliorare i servizi offerti dal nostro Centro. La preghiamo di rispondere alle seguenti domande esprimendo il suo giudizio sincero. Le Sue risposte ci saranno utili per migliorare il servizio e garantire standard sempre più elevati di assistenza. Grazie per la sua collaborazione.

La Direzione

COGNOME _____ **NOME** _____

TERAPISTA _____

<i>La Sua Opinione Su</i>	<i>Molto soddisfatto</i>	<i>Soddisfatto</i>	<i>Un po' soddisfatto</i>	<i>Molto soddisfatto</i>
Rispetto e puntualità degli orari concordati				
Rispetto della durata della terapia				
Qualità della terapia somministrata				
Informazioni ricevute dal terapista o dal case-manager sull'andamento del percorso terapeutico				
Livello del rapporto instaurato con il terapista (alleanza terapeutica)				
Disponibilità del centro a soddisfare le esigenze terapeutiche				

Suggerimenti:
