

**QUESTIONARIO DI  
GRADIMENTO**

Buongiorno,

Le chiediamo qualche minuto del suo tempo per rispondere al seguente questionario, in forma anonima. Le Sue risposte ci saranno utili per migliorare il nostro Servizio.

Grazie per il tempo che ci vorrà dedicare.

**ALCUNE INFORMAZIONI:**

Età \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

**COME È VENUTO/A A CONOSCENZA DEI SERVIZI OFFERTI DAL CONSULTORIO FAMILIARE?**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Operatori Consultorio | <input type="checkbox"/> Stampa         | <input type="checkbox"/> Internet/Sito ASST |
| <input type="checkbox"/> Operatori Ospedale    | <input type="checkbox"/> Comune         | <input type="checkbox"/> Farmacista         |
| <input type="checkbox"/> Amici/conoscenti      | <input type="checkbox"/> Medico curante | <input type="checkbox"/> Altro _____        |

**A QUALE SEDE CONSULTORIALE SI E' RIVOLTO:**

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bellano       | <input type="checkbox"/> Lecco              | <input type="checkbox"/> Introbio |
| <input type="checkbox"/> Casatenovo    | <input type="checkbox"/> Mandello del Lario | <input type="checkbox"/> Olginate |
| <input type="checkbox"/> Calolziocorte | <input type="checkbox"/> Merate             | <input type="checkbox"/> Oggiono  |

**QUALI PROFESSIONISTI HA INCONTRATO IN CONSULTORIO:**

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assistente Sanitaria | <input type="checkbox"/> Infermiera  |
| <input type="checkbox"/> Assistente Sociale   | <input type="checkbox"/> Ostetrica/o |
| <input type="checkbox"/> Ginecologa/o         | <input type="checkbox"/> Psicologa/o |

**GIUDIZIO:**

|                         | ottimo | buono | sufficiente | insufficiente |
|-------------------------|--------|-------|-------------|---------------|
| <b>GIUDIZIO GLOBALE</b> | o      | o     | o           | o             |

In particolare:

|                               | o | o | o | o |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| Organizzazione e luogo        | o | o | o | o |
| Disponibilità degli operatori | o | o | o | o |
| Orario degli appuntamenti     | o | o | o | o |
| Chiarezza delle informazioni  | o | o | o | o |

**SULLA BASE DELLA SUA ESPERIENZA CONSIGLIEREBBE QUESTA OPPORTUNITA' AD ALTRE PERSONE?**

Sì  No

**COSA SUGGERIREBBE PER MIGLIORARE L'INFORMAZIONE RELATIVA AI SERVIZI OFFERTI DAL CONSULTORIO FAMILIARE?**

.....  
.....  
.....