**Прилог 2**

**УПИТНИК ЗА РОДИТЕЉЕ**

Ово је анкета која се спроводи у Дечијем диспанзеру ВМА. Служи нам у циљу сагледавања Ваше процене и задовољства пруженим услугама институције у коју је Ваше дете упућено. На основу тих података добијамо смернице којима можемо инцирати активности које воде даљем побољшању квалитета услуга које добијате. Упитник ће бити коришћен само у горе поменуте сврхе и у ниједне друге. Унапред ХВАЛА на сарадњи.

Данашњи датум:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. године

Ваше име:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заокружите ваш пол : **М Ж**

Име детета:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заокружите пол детета: **М Ж**

Старост детета: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дететова дијагноза: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Установа у коју је дете упућено (напишите име установе):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Колико Вам је укупно третмана недељно препоручено од стране установе (заокружите)?

**1 2 3 4 5 6 7**

1. Да ли сте у протекла три месеца редовно одлазили на препоручене третмане (заокружите)? **ДА НЕ**

Ако нисте напишите зашто нисте:

1. Да ли сте задовољни са радом установе у коју идете (заокружите)? **ДА НЕ**

Ако је одговор НЕ наведите бар један разлог:

1. Уочавате ли напредак код детета (заокружите)?

**ДА има напретка ДA али је напредак минималан НE уочавам напредак**

1. Да ли радите са децом кући по инструкцијама терапеута (заокружите)?

**ДA ПОНЕКАД НЕ**

Ако не радите образложите зашто не радите:

1. Да ли присуствујете третману Вашег детета (заокружите)? **ДА ПОНЕКАД НЕ**
2. Имате ли замерке на рад институције у којој је Ваше дете на третману, напишите:
3. Имате ли неке предлоге и сугестије које се тичу третмана Вашег детета: