



Votre opinion nous intéresse, merci de consacrer quelques instants à ce questionnaire

A PROPOS DE VOUS

Vous venez pour : Une première consultation Une consultation de suivi

Spécialité du médecin rencontré :

Date à laquelle vous êtes venu(e) :

Heure de votre rendez-vous :

Nom (facultatif) :

SATISFACTION GENERALE

Votre opinion générale sur l'ensemble de votre consultation (prise de rendez-vous, accueil, prise en charge, sortie)

Pas satisfaisant Peu satisfaisant Satisfaisant Très satisfaisant

Recommanderiez-vous la Clinique à vos proches ? Oui Non

PRISE DE RENDEZ-VOUS

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Délai d'obtention, facilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité du personnel contacté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données pour préparer votre rdv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACCUEIL PRINCIPAL

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidentialité de vos données administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LOCAUX

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Accessibilité du pôle de consultations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène / Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ACCUEIL SECRETARIAT

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSULTATION

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Intimité et bienveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité et du secret professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité pendant la consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données sur les suites de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MERCI DE DONNER EN QUELQUES MOTS

Points forts :

Points à améliorer :

