

Questionnaire de satisfaction



CLINIQUE GASTON METIVET - Service AMBULATOIRE

Nous vous prions de bien vouloir consacrer quelques minutes pour remplir le questionnaire ci-dessous.





Son analyse nous permettra d'améliorer la qualité de nos prestations afin de mieux répondre à vos attentes.

Ce questionnaire est anonyme, toutefois une réponse personnalisée présente plus d'intérêt pour son exploitation.



Nous vous demandons de bien vouloir nous mentionner :

- date d'entrée :
- la chambre - si observations sur celle-ci :
- spécialité chirurgicale :

COMMENT JUGEZ-VOUS L'ACCUEIL À VOTRE ADMISSION ?

				
	Excellent	Bon	Passable	Mauvais
- Amabilité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rapidité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Simplicité des procédures.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Respect de la confidentialité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





COMMENT JUGEZ-VOUS VOTRE SÉJOUR ?

				
	Excellent	Bon	Passable	Mauvais
LA COLLATION				
- Choix.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Quantité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Présentation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA CHAMBRE

- Confort.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Propreté.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Environnement sonore.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENT JUGEZ-VOUS L'INFORMATION MÉDICALE ?

				
	Excellent	Bon	Passable	Mauvais
MALADIE/DIAGNOSTIC				
- Contact avec le médecin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Explications.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRAITEMENT				
- Explications.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXAMENS				
- Explications.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Organisation.....	<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"/>