

Questionnaire de satisfaction



HÔPITAL FONDATION
Adolphe de ROTHSCHILD
LA RÉFÉRENCE TÊTE ET COU

Consultations / Centre IVT / Toxine

Aidez-nous à mieux prendre soin de vous.

Merci de nous faire part de votre sentiment sur votre consultation en complétant ce questionnaire.

Votre avis ainsi que vos suggestions sont essentiels pour nous permettre d'améliorer la qualité de nos prises en charge.

La Direction

Âge : 0-15 16-25 26-45 46-65 66-79 80 et plus

Sexe : Féminin Masculin

Médecin :

Date de votre venue : / /

Ophthalmologie	<input type="checkbox"/>	NRI	<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="checkbox"/>	Médecine Interne	<input type="checkbox"/>
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	Imagerie	<input type="checkbox"/>
Neurologie	<input type="checkbox"/>	Anesthésie	<input type="checkbox"/>
Pédiatrie	<input type="checkbox"/>	Unité Parkinson	<input type="checkbox"/>
Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CEDT)	<input type="checkbox"/>	IVT - Toxine	<input type="checkbox"/>

Accueil

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas Satisfaisant
Accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil hall central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalétique et orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accessibilité des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort des locaux d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil en consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil du manipulateur / technicien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remise des documents et règlements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge médicale

Respect des horaires de rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de votre avis avant tout acte médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordonnations des soins/examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qu'auriez-vous souhaité avoir pendant votre attente au sein de nos locaux ?

Film

Lecture

Actualités TV

Loisirs créatifs enfants

Autres, précisez :

Appréciation générale de votre séjour

Très satisfaisant Satisfaisant Peu Satisfaisant Pas satisfaisant

Vos réclamations / vos remarques / vos suggestions :

Si vous souhaitez obtenir une réponse de la Direction à vos réclamations,
Merci de nous laisser vos coordonnées :

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Pays :

Adresse e-mail :

Ce questionnaire est à remettre dans l'urne dédiée à cet effet dans la salle d'attente du service. Merci de votre collaboration.