

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

Service: OPHTALMOLOGIE NEUROVISION

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

Sexe : Féminin Masculin

Médecin :

Date de votre venue : / /

Accueil

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas Satisfaisant	Non Adapté
Accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil administratif	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Accessibilité des locaux	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil de l'orthoptiste	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil par l'assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remise des documents (Ordonnances, RDV)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination des soins / examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Film

Lecture

ActualitésTV

Loisirs créatifs enfants

Autres, précisez :

Appréciation générale de votre consultation

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 :