

Consultation Externe

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Votre avis nous intéresse !

Date : / /

Service :

Merci de remettre ce questionnaire à la secrétaire ou dans la boîte prévue à cet effet, auprès des hôtesse d'accueil avant votre départ de l'hôpital.

Modalités de réponse :  Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant
 Pas du tout satisfaisant **NC** : Non concerné

Avez-vous été satisfait(e)...

    NC

LORS DE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS TELEPHONIQUE :

- de l'accueil téléphonique (présentation, amabilité)
- de la disponibilité de la personne au téléphone
- de la clarté des informations données (consultations publiques ou privées)
- du délai de rendez-vous
- du jour ou du créneau horaire donnés
- avez-vous pu exposer les raisons de votre appel ? Oui Non

A VOTRE ARRIVEE EN CONSULTATION :

- de l'indication du lieu de consultation
- de l'accueil par le personnel administratif
- de la clarté des informations données (modalités de paiement)
- du respect de la confidentialité

DES CONDITIONS D'ATTENTE :

- de l'information sur le temps d'attente
- du confort
- autre (à préciser) :

DU DEROULEMENT DE LA CONSULTATION :

- de l'attitude du professionnel de santé :
 - médecin
 - sage-femme
 - infirmier
 - autre
- de la clarté des informations données
- du respect de votre intimité

DE LA SUITE DONNEE A LA CONSULTATION

- de la clarté des informations données (examens complémentaires, hospitalisation éventuelle, ...)

DANS L'ENSEMBLE, RECOMMANDERIEZ-VOUS CE SERVICE DE CONSULTATION A L'UN DE VOS PROCHES ?

Oui Non

RENSEIGNEMENTS

Votre âge : Nom, prénom(s), adresse (renseignements facultatifs : ils nous permettront de répondre le cas échéant à vos questions) :