





Merci de cocher la case convenant à votre niveau de satisfaction

 Très satisfait	 Satisfait	 Peu satisfait	 Pas du tout satisfait	Non concerné
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE CONSULTATION

Etes-vous satisfait(e) de votre consultation ?

Recommanderiez-vous notre établissement à votre famille, à vos proches ? OUI NON

VOS SUGGESTIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci



Consultations externes

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous remercions par avance pour le temps consacré à compléter le questionnaire ci-après. Vos besoins et vos attentes nous permettent de vous fournir les meilleurs soins et le meilleur service possible. Il est donc important pour nous que vous vous exprimiez librement sur ce qui vous a satisfait ou non satisfait durant votre consultation.

Le questionnaire, une fois complété, peut être remis au personnel de la consultation, aux hôtesse d'accueil, ou adressé au Centre Hospitalier de BEZIERS, Direction qualité et gestion des risques, 2 rue Valentin Haüy, 34500 BEZIERS.

Dans l'hypothèse où vous auriez égaré ce questionnaire, vous pouvez le télécharger sur le site Internet du Centre Hospitalier de Béziérs, <http://www.ch-beziers.fr>, rubrique Droits des usagers. Vous y trouverez également le Guide des Consultations externes (rubrique Annuaire) et des informations sur notre établissement.

La Directrice



VOUS CONNAÎTRE

Votre consultation :

Votre Nom, Prénom (*facultatif*) : Date :

1. Comment avez-vous été informé(e) des consultations dont vous pouvez bénéficier au Centre Hospitalier ?
- Par votre médecin traitant
 - Par vos proches
 - Par internet (Pages Jaunes, Google, site du CHB, autres...)
 - Autre :

LORS DE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS :

2. Souhaitiez-vous un médecin en particulier ? OUI NON

3. Avez-vous obtenu un rendez-vous avec lui? OUI NON

Si NON, pour quels motifs ?

- Les créneaux proposés ne vous convenaient pas
- Rendez-vous trop lointain
- Autres :

4. Avez-vous été informé(e) du type de consultation proposée (*publique ou privée*) ? OUI NON

5. Etes-vous satisfait(e) du délai d'obtention du rendez-vous ?

6. Etes-vous satisfait(e) de l'accueil reçu ?





- accueil téléphonique lors la préise de rendez-vous
- accueil lors de votre venue

7. Etes-vous satisfait(e) des informations reçues pour préparer la consultation ?

- informations administratives et financières (*étiquettes, paiement...*)
- informations en vue du déroulement de la consultation (*compte-rendu d'examens complémentaires...*)

8. Etes-vous satisfait(e) de la signalisation à l'intérieur de l'établissement pour vous guider jusqu'à la consultation ?

Merci de cocher la case convenant à votre niveau de satisfaction

					Non concerné
	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	
5. Etes-vous satisfait(e) du délai d'obtention du rendez-vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Etes-vous satisfait(e) de l'accueil reçu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Etes-vous satisfait(e) des informations reçues pour préparer la consultation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Etes-vous satisfait(e) de la signalisation à l'intérieur de l'établissement pour vous guider jusqu'à la consultation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DURANT LA CONSULTATION

9. Etes-vous satisfait(e) du respect des horaires de votre rendez-vous ?

10. Etes-vous satisfait(e) des informations données par le médecin (*état de santé, interventions, traitement*) ?

11. Etes-vous satisfait(e) du respect de la confidentialité lors des échanges ?

12. Etes-vous satisfait(e) du respect de votre intimité ?

13. Avez-vous bénéficié d'un accompagnement par l'assistante de service social dans vos démarches ? OUI NON

Si OUI, êtes-vous satisfait(e) de l'accompagnement de l'assistante de service social dans vos démarches ?

14. Avez-vous bénéficié des conseils nutritionnels émis par la diététicienne ? OUI NON

Si oui, êtes-vous satisfait(e) des conseils nutritionnels émis par la diététicienne ?

15. Etes-vous satisfait(e) du confort de la salle d'attente (*chaises, magazines, température...*) ?

16. Etes-vous satisfait(e) de l'hygiène des locaux (*couloirs, salles d'attente, secrétariat, salles de soins*) ?

17. Etes-vous satisfait(e) des conditions d'accueil des personnes handicapées ou à mobilité réduite ?

18. Avez-vous été gêné(e) par le bruit ? OUI NON

					NC
--	---	---	---	---	----