

Questionnaire de satisfaction

Date du recueil :/...../.....

Afin d'améliorer la qualité de nos soins et de nos services, votre opinion nous est précieuse. C'est pourquoi, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire de satisfaction, de façon anonyme, en cochant pour chaque question la case correspondant à votre sentiment. Une fois rempli, vous pouvez le remettre au personnel du service ou au secrétariat. Merci par avance de votre participation !

Vous venez pour la première fois au centre dentaire : ☐ Oui ☐ Non

Comment avez-vous connu le centre dentaire : ☐ Votre médecin traitant ☐ Un proche ☐ Réseaux sociaux

Vous venez pour : ☐ Contrôle ☐ Extraction ☐ Détartrage ☐ Douleur ☐ Autre :

.....

 Très satisfait(e)
  Satisfait(e)
  Non concerné(e)
 Moyennement  satisfait(e)
  Insatisfait(e)

LA PRISE DE RENDEZ-VOUS							
Accueil téléphonique			☐	☐	☐	☐	☐
Accueil au secrétariat (sur place)			☐	☐	☐	☐	☐
Qualité des informations reçues lors de la prise de rendez-vous			☐	☐	☐	☐	☐
Le jour et l'heure de votre rendez-vous			☐	☐	☐	☐	☐
Vous avez eu votre rendez-vous en :		☐ 1 Semaine ☐ Plus d'une semaine					

LE JOUR DE VOTRE RENDEZ-VOUS						
La signalisation des locaux		☐	☐	☐	☐	☐
Accessibilité et stationnement		☐	☐	☐	☐	☐
L'accueil par le personnel du centre dentaire (amabilité et disponibilité)		☐	☐	☐	☐	☐
Ponctualité du service par rapport à votre heure de rendez-vous		☐	☐	☐	☐	☐
Aspect général du cabinet, de la convivialité des locaux (décoration, agencement)		☐	☐	☐	☐	☐

VOS SOINS						
Accueil de l'équipe soignante (praticien, assistante)		☐	☐	☐	☐	☐
Votre avis sur l'équipement de nos salles de soins		☐	☐	☐	☐	☐
Déroulement général des soins		☐	☐	☐	☐	☐
Explications et informations données pendant les soins		☐	☐	☐	☐	☐

Attention, écoute, disponibilité du praticien et de l'assistante	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Avez-vous eu mal pendant les soins ?	☐ Oui	☐ Non			
Si oui, le praticien a t'il été à votre écoute ?	☐ Oui	☐ Non			
					
Soulagement de votre douleur	☐	☐	☐	☐	☐

LA POURSUITE DE VORE TRAITEMENT

Informations données par l'équipe soignante (recommandations, prescription, traitement)	☐	☐	☐	☐	☐
Si votre traitement est terminé, est-il conforme à vos attentes ?	☐ Oui	☐ Non			

SATISFACTION GLOBALE

Entourez la note correspondant le mieux à votre prise en charge au centre dentaire :






10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Recommanderiez-vous le centre dentaire du CHCBE à un proche, à une connaissance ? ☐ Oui ☐ Non

Vos commentaires et suggestions :