



ENQUÊTE DE SATISFACTION

SERVICE

IRM

RADIO

SCANNER

Votre avis est précieux ! Il contribuera à améliorer la qualité de nos services. Nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet ou de nous le faire parvenir par courrier.

1	LE SERVICE D'ACCUEIL	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
	› Facilité d'accès au service	<input type="checkbox"/>				
	› Qualité de l'accueil à la réception	<input type="checkbox"/>				
	› Délai d'attente à la réception lors de l'admission	<input type="checkbox"/>				
	REMARQUES					
					
					

2	LA REALISATION DE L'EXAMEN	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
	› Accueil et attention portés par les manipulateurs lors de l'examen	<input type="checkbox"/>				
	› Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>				
	› Réponses aux questions, aux demandes et explications apportées	<input type="checkbox"/>				
	› Délai d'obtention des résultats	<input type="checkbox"/>				
	› Attention humaine des médecins	<input type="checkbox"/>				
	REMARQUES					
					
					

3	LE SERVICE HÔTELIER	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
	› Aspect et confort des locaux	<input type="checkbox"/>				
	› Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>				
	› Propreté des sanitaires	<input type="checkbox"/>				
	REMARQUES					
					
					



OPTIONS - RECOMMANDATIONS

TRÈS
SATISFAIT

SATISFAIT

ASSEZ
SATISFAIT

PEU
SATISFAIT

PAS
SATISFAIT

Globalement vous êtes :

REMARQUES OU SUGGESTIONS :

Recommanderiez-vous la Clinique à une personne pour une intervention :

OUI

NON

Si non pourquoi :

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez apporté à notre enquête. Si vous le désirez vous pouvez nous laisser vos coordonnées :

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :