

Enquête de satisfaction

Nous procédons à une enquête de satisfaction dans l'optique d'améliorer la qualité de notre service au sein du cabinet.

Quelques minutes suffiront pour nous donner votre avis et nous faire progresser. Afin de permettre de vous exprimer sans contraintes, ce questionnaire est anonyme.

	Très Bien	Bien	Moyen	Mauvais
LE CABINET				
Accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité et disponibilité du personnel au sein du cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspect général du cabinet, de la convivialité de nos locaux (décoration, agencements...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lecture proposée dans la salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ponctualité des horaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment jugez-vous l'équipement de nos salles de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOS SOINS				
Disponibilité du personnel en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications et informations données sur votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment se sont passés vos soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment jugez-vous l'attention, l'écoute et la disponibilité du praticien et de son assistante fauteuil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Avez-vous eu mal pendant les soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu mal après les soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si votre traitement est terminé, est-il conforme à vos attentes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous notre cabinet à vos proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà visité notre site internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appréciations et suggestions

Ce qui vous plaît particulièrement dans ce cabinet :

.....

Ce qui ne vous plaît pas :

.....

Vos propositions d'amélioration :

.....

Satisfaction générale /10