

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE.....

Madame, Monsieur,

Vous avez bénéficié d'un examen d'imagerie.

Afin de nous aider à mieux répondre à votre attente, nous vous remercions de bien vouloir remplir cette enquête et de la déposer :

- A l'accueil,
- Dans les boîtes aux lettres dédiées,
- De la renvoyer par courrier.

Date de l'examen :

Site: Val d'Or Bizet CH4V Sèvres

Examen: Scanner IRM Radio Echo Mammo

Nom : Prénom :

Souhaitez-vous recevoir une réponse à vos observations : Oui Non
Si oui, merci de communiquer votre adresse email :

.....@.....

Observations :

Ce formulaire est rendu **anonyme** lors de son dépouillement

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE.....

Madame, Monsieur,

Vous avez bénéficié d'un examen d'imagerie.

Afin de nous aider à mieux répondre à votre attente, nous vous remercions de bien vouloir remplir cette enquête et de la déposer :

- A l'accueil,
- Dans les boîtes aux lettres dédiées,
- De la renvoyer par courrier.

Date de l'examen :

Site: Val d'Or Bizet CH4V Sèvres

Examen: Scanner IRM Radio Echo Mammo


Nom : Prénom :

Souhaitez-vous recevoir une réponse à vos observations : Oui Non
Si oui, merci de communiquer votre adresse email :

.....@.....

Observations :

Ce formulaire est rendu **anonyme** lors de son dépouillement

ETES VOUS SATISFAIT(E) DE :					
					
La prise de rendez-vous :					
<i>Réponse téléphonique :</i>					
Délai de réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déroulement de l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai de rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le jour de l'examen					



Ce formulaire est rendu **anonyme** lors de son dépouillement

Accès au service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre avis sur les films projetés en salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil :					
Secrétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déroulement de l'examen :					
Explications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courtoisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résultats :					
Explications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si cela était nécessaire					
Reviendriez-vous faire un examen dans notre centre ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Recommanderiez-vous notre centre à vos proches ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			

ETES VOUS SATISFAIT(E) DE :					
La prise de rendez-vous :					
<i>Réponse téléphonique :</i>					
Délai de réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déroulement de l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai de rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le jour de l'examen					

Ce formulaire est rendu **anonyme** lors de son dépouillement

Accès au service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre avis sur les films projetés en salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Accueil :</i>					
Secrétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Déroulement de l'examen :</i>					
Explications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courtoisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Résultats :</i>					
Explications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si cela était nécessaire		
Reviendriez-vous faire un examen dans notre centre ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous notre centre à vos proches ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Ce formulaire est rendu **anonyme** lors de son dépouillement

Ce formulaire est rendu **anonyme** lors de son dépouillement