



FICHE PRATIQUE



Votre dentiste
complice de votre sourire

Docteur :

ENQUETE DE SATISFACTION

Afin d'améliorer notre qualité de service rendue, votre cabinet vous propose de répondre à ce questionnaire. Ce questionnaire est strictement confidentiel. Merci de le déposer dans l'urne située dans la salle d'attente ou l'envoyer par courrier.

Votre avis nous fait progresser

• Pourquoi avez-vous choisi notre Clinique dentaire ?

(Vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- N°1 : Possibilité de soins en urgence
- N°2 : Recommandation d'un proche
- N°3 : Recommandation d'un dentiste
- N°4 : Rendez-vous rapide
- N°5 : Heures d'ouverture étendues
- N°6 : Proximité, facilité d'accès (gare, parking)
- N°7 : Autres _____



Parmi les raisons évoquées ci-dessus, laquelle est la plus importante selon vous ? N° _____

• Comment avez-vous connu notre Clinique Dentaire ?

(Vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- Plaques professionnelles dans la rue
- Pages jaunes
- Site internet
- Recommandation par un membre de votre famille, un ami
- Recommandation par un autre chirurgien-dentiste
- Recommandation par un médecin



• Accueil

- Comment vous a semblé l'accueil téléphonique ?
- Avez-vous obtenu un rdv dans un délai satisfaisant ?
- Avez-vous trouvé facilement le cabinet ?
- Comment avez-vous été accueilli ?
- Comment avez-vous trouvé l'aspect général du cabinet et son aménagement ?
- La salle d'attente est-elle agréable ?
- La lecture proposée de la salle d'attente vous a semblé :
- Comment jugeriez vous le temps d'attente ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

• Prise en compte de la douleur

- Avez-vous eu mal pendant les soins ?
- Avez-vous eu mal après les soins ?
- Avez-vous ressenti que l'équipe faisait son possible pour prendre en compte votre douleur pendant les soins ?
- Avez-vous ressenti que l'équipe faisait son possible pour prendre en compte votre douleur après les soins ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :







• **La stérilisation du matériel**

Comment avez-vous perçu la stérilisation du matériel ?
Souhaitez-vous des informations sur la stérilisation du matériel ?

Commentaires :

• **La prévention dentaire**

- Avez-vous reçu suffisamment de conseils sur l'hygiène bucco dentaire ?
- Comment avez-vous perçu la prévention dans la Clinique?

					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

• **Présentation du plan de traitement**

- Avez-vous bien compris les explications :
de la part du praticien ?
de la part de l'assistante si elle intervient ?
- Le praticien vous a-t-il informé des raisons de son choix thérapeutique ?
- Avez-vous pu poser des questions ?
- Avez-vous eu un temps de réflexion suffisant avant l'acceptation du plan de traitement et du devis ?
- Le langage utilisé a-t-il été compréhensible?

					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Recommanderiez-vous notre Clinique à vos proches ? Oui Non

Pourquoi ?

Autres remarques et suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Votre nom (facultatif) :

