

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION ET EXPÉRIENCE DU PATIENT



Madame, Monsieur,

Votre expérience au sein de notre hôpital compte !

Aidez-nous à améliorer la qualité de votre accueil et construisez avec nous les consultations de demain.

Vous pouvez y répondre directement sur ce formulaire ou en ligne en flashant ce QR-code sur votre téléphone :

Si vous égarez le questionnaire, vous pouvez le demander au personnel soignant ou le télécharger sur notre site internet, **www.ch-beziers.fr**.

Le questionnaire, complété, peut être remis au personnel soignant, au secrétariat de votre unité de consultation, aux hôtesse d'accueil ou bien adressé à : **Centre Hospitalier de Béziers - DJRP - 2 rue Valentin Haüy, 34500 BEZIERS.**

VOTRE CONSULTATION

☐ Espace **BLEU**

☐ Espace **FUCHSIA**

☐ Espace **ORANGE**

☐ Espace **VERT**

Date de votre consultation :

Vous venez pour : ☐ une première consultation ☐ une consultation de suivi

Merci de faire une croix dans la case la plus proche de votre expérience

				Non concerné
Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout	

À LA PRISE DE RENDEZ-VOUS

Comment avez-vous pris le RDV ?

☐ par téléphone ☐ via Doctolib ☐ sur place

Qu'avez-vous pensé du **délai de réponse téléphonique** ?

Qu'avez-vous pensé de l'**amabilité** du personnel ?

Qu'avez-vous pensé de l'information délivrée afin de **préparer votre rendez-vous** ?

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

À VOTRE ARRIVÉE, QU'AVEZ-VOUS PENSÉ DE :

L'**accessibilité** du service de consultations ?

La **configuration des locaux** ?

La **propreté** des locaux ?

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Direction qualité, gestion des risques, relations usagers et affaires juridiques



suivez-nous sur :



Merci de faire une croix dans la case la plus proche de votre expérience

 Très satisfaisant	 Satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas satisfaisant du tout	Non concerné
---	--	--	--	--------------

LORS DE L'ACCUEIL, QU'AVEZ-VOUS PENSÉ DE :

L'amabilité du personnel d'accueil ?	☐	☐	☐	☐	☐
Du respect de la confidentialité de vos données personnelles ?	☐	☐	☐	☐	☐
La durée de l'attente pour la création du dossier administratif ?	☐	☐	☐	☐	☐

LORS DE LA CONSULTATION, QU'AVEZ-VOUS PENSÉ :

Du délai d'attente préalable à la consultation ?	☐	☐	☐	☐	☐
De la prise en charge médicale ?	☐	☐	☐	☐	☐
De la prise en charge para-médicale (Infirmier ou autre professionnel) ?	☐	☐	☐	☐	☐
Du respect de votre intimité ?	☐	☐	☐	☐	☐
Du respect de l'hygiène des mains par les professionnels ?	☐	☐	☐	☐	☐
De la qualité des informations orales reçues ?	☐	☐	☐	☐	☐
De la qualité des informations écrites reçues ?	☐	☐	☐	☐	☐
Les informations reçues vous paraissent-elles satisfaisantes pour la suite de votre prise en charge ?	☐	☐	☐	☐	☐

VOTRE AVIS COMPTE POUR NOUS AMÉLIORER

Connaissez-vous la consultation tabacologique au Centre Hospitalier de Béziers ? ☐ OUI ☐ NON

Recommanderiez-vous les consultations externes du Centre Hospitalier de Béziers à vos proches ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous êtes en situation de handicap, estimez-vous que l'accès aux différentes structures de l'établissement est adapté ? ☐ OUI ☐ NON

Répondez aussi à l'Handifaction en scannant ce QR Code :



REMARQUES ET SUGGESTIONS

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire,
soyez assuré de votre contribution essentielle à notre démarche qualité !

Direction des Affaires juridiques, des Relations usagers et de la Psychiatrie (DJRP)

Centre Hospitalier de Béziers
2, rue Valentin Haüy 34500 Béziers
Tél. standard : 04 67 35 70 35
contact@ch-beziers.fr - www.ch-beziers.fr



suivez-nous sur :



Lieu de santé
sans tabac

