

Voulez-vous nous accorder quelques minutes ?

Chers patients,

Votre satisfaction envers les prestations de notre cabinet nous tient à cœur.

Nous aimerions connaître votre avis sur notre cabinet. Vos évaluations, vos souhaits et vos suggestions nous aideront à améliorer nos prestations et nos processus.

Cette enquête est facultative et anonyme. Aucun lien avec des patients individuels ne peut être établi.

Si vous avez des questions, veuillez nous le faire savoir.

Merci beaucoup !

L'équipe de votre cabinet

Si vous participez à l'enquête, nous vous prions de considérer ce qui suit :

- ▶ Veuillez répondre à toutes les questions sans exception.
- ▶ Veuillez ne cocher qu'une seule réponse, celle qui vous semble convenir le mieux.
- ▶ Si vous remplissez le questionnaire lors de votre visite au cabinet, veuillez déposer le questionnaire rempli dans la boîte prévue à cet effet.
- ▶ Si vous remplissez le questionnaire chez vous, veuillez renvoyer le formulaire par pli postal à l'adresse du cabinet.

		Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
		3	2	1	0
A	1. Quel est votre degré de satisfaction concernant...				
A 01	...le délai d'attente du rendez-vous médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 02	...le délai d'attente au cabinet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 03	...l'amabilité du personnel du cabinet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 04	...l'ambiance du cabinet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	2. Quel est votre degré de satisfaction générale avec ce médecin concernant...				
B 01	...les informations fournies sur les causes de votre maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 02	...les informations sur l'évolution de votre maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 03	...les informations sur le traitement envisagé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 04	...les informations sur les effets des médicaments prescrits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 05	...les informations sur votre participation pour votre guérison (p.ex. indication de groupes d'entraide, conseils alimentaires) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 06	...la compréhensibilité des informations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 07	...le respect des effets secondaires en cas de prescription de médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 08	...la prise en compte de toutes les possibilités de traitement (p.ex. traitement médicamenteux, gymnastique thérapeutique) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C	3. Quel est votre degré de satisfaction générale avec ce médecin concernant...	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)
		3	2	1	0
C 01	...sa compréhension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 02	...sa compassion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 03	...son humanisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 04	...le temps qu'il/elle vous consacre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 05	...la prise au sérieux de votre cas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 06	...sa bienveillance et son soutien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 07	...sa patience ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 08	...sa capacité à vous traiter comme une personne et non comme un numéro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	4. Quel est votre degré de satisfaction générale avec ce médecin concernant...				
D 01	...sa collaboration avec d'autres institutions médicales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 02	...sa minutie et sa précision lors des examens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 03	...sa disposition à vous orienter vers un autre médecin au moment opportun ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	5. Comment êtes-vous intégré(e) à la prise des décisions sur des examens et des traitements ?	Toujours	La plupart du temps	Rarement	Jamais
		3	2	1	0
E 01	Plusieurs possibilités (p.ex. examen ou traitement) me sont proposées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 02	On discute avec moi des avantages et inconvénients des différentes possibilités.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 03	On me demande quelles possibilités je préfère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 04	Je participe aux décisions dans les proportions que je souhaite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	6. Quel est votre degré de satisfaction générale avec ce médecin concernant...	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
		3	2	1	0
	...la qualité et l'étendue des informations que vous avez obtenues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G

7. Quel est votre degré de satisfaction <u>générale</u> avec ce médecin concernant...	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
	3	2	1	0
...votre participation aux décisions médicales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H

8. Avez-vous confiance...	Oui, j'ai une grande confiance	Oui, j'ai plutôt une grande confiance	J'ai plutôt peu confiance	Non, je n'ai pas confiance	Je ne connais pas le médecin depuis assez longtemps
	4	3	2	1	0
...en ce médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I

9. Comment évaluez-vous la qualité du...	Très élevée	Plutôt élevée	Plutôt faible	Très faible
	3	2	1	0
...traitement de ce médecin en <u>général</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J

10. Quel est votre degré de satisfaction...	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
	3	2	1	0
...générale avec ce médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions supplémentaires

K

Quel âge avez-vous ?	à 18 ans	<input type="checkbox"/>	0
	de 18 à 30 ans	<input type="checkbox"/>	1
	de 31 à 45 ans	<input type="checkbox"/>	2
	de 46 à 60 ans	<input type="checkbox"/>	3
	61 ans et plus	<input type="checkbox"/>	4

Patientenzufriedenheit

L

Comment êtes-vous assuré(e) ?	public	<input type="checkbox"/> g
	privé	<input type="checkbox"/> p

M

Depuis combien de temps êtes-vous traité(e) dans ce cabinet ?	pour la première fois dans ce cabinet	<input type="checkbox"/> 0
	moins d'un an	<input type="checkbox"/> 1
	de 1 à 2 ans	<input type="checkbox"/> 2
	de 3 à 5 ans	<input type="checkbox"/> 3
	plus de 5 ans	<input type="checkbox"/> 4

Merci beaucoup !