QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l' usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d' information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Madame, Monsieur,
Nous souhaitons profiter de votre expérience récente dans notre établissement pour évaluer nos prestations et adapter celles-ci à vos besoins et vos attentes.
Nous vous remercions déjà vivement de prendre le temps de remplir ce questionnaire.
En vous remerciant,
La direction.

L'échelle d'appréciation est la suivante :

1 = très insatisfaisant 2= insatisfaisant 3= satisfaisant 4= excellent

Mme ❒ Melle ❒ M. ❒ Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : ..... Date du dernier examen médical :
Code postal : ..... Ville : ..../..../.....
Email : ..... Tél. : .....
Numéro de Sécurité Sociale : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ Profession: ..... Date de naissance : ..../..../.....

Admission administrative				
1. La qualité de la prise en charge des rendez vous				
2. Le conseil post opératoire				
3. La qualité des prestations				
4. La qualité de prise en charge des actes				

Suggestions :.....
.....
.....

Cabinet dentaire du Dr SEGAL Daniel - 78100 Saint Germain en Laye
Tél. : 01 39 73 11 78 - http://cabinet78.fr