

**QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION
CONCERNANT VOTRE MÉDECIN ET SON CABINET ?**

[NOM DU MÉDECIN]

Veillez cocher, pour chaque question, une case sur l'échelle de 1 (mauvais) à 5 (excellent).
Si l'une des questions ne vous concerne pas, cochez la case « n'est pas applicable / inapproprié »

Vos réponses resteront dans tous les cas anonymes.

ÉVALUEZ LES SOINS OFFERTS PAR VOTRE MÉDECIN DANS LES DERNIERS 12 MOIS.		faible					excellent	non appli- cable/ inap- proprié
		1	2	3	4	5		
1	...vous a donné l'impression, pendant la visite médicale, qu'il prend du temps pour vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	...a montré de l'intérêt pour votre situation personnelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	...vous a permis facilement de parler de vos problèmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	...vous a impliqué dans les décisions à prendre quant à votre traitement médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	...vous a écouté?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	...a fait attention à la gestion confidentielle des informations sur les patients?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	...a permis de soulager rapidement vos troubles de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	...vous a aidé à vous sentir suffisamment bien pour assumer vos activités journalières habituelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	...s'est consacré minutieusement à vos problèmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	...vous a examiné physiquement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	...vous a présenté des offres concernant la prévention des maladies? P.ex. vaccins, contrôles de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	...vous a expliqué le but des examens et traitements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	...vous a informé de ce que vous voulez savoir sur vos troubles de santé ou votre maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	...vous a aidé à maîtriser vos émotions concernant votre état de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	...vous a expliqué pourquoi il est important de suivre ses recommandations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	...s'est rappelé ce qu'il vous a recommandé ou le traitement administré lors des entretiens précédents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	...en cas de transfert, vous a préparé à ce qui vous attend auprès du spécialiste ou de l'hôpital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMMENT ÉTAIT PENDANT LES 12 MOIS PRÉCÉDENTS...								
18	...la disposition à rendre service des autres collaborateurs du cabinet (hormis le médecin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	...l'offre du cabinet en matière de rendez-vous adéquats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	...la disponibilité téléphonique du cabinet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	...la possibilité de parler au médecin en personne au téléphone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	...les temps d'attente au sein du cabinet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	...des possibilités d'avoir rapidement de l'aide en cas de problème de santé urgent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



		faible					excellent					non appli- cable/ inap- proprié
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
24	Trouvez-vous l'aménagement du cabinet agréable et convivial?	<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"/>
25	Comment jugez-vous la propreté du cabinet?	<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"/>
Comment évaluez-vous ce médecin et le cabinet en général?		Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord					non appli- cable/ inap- proprié
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
26	Je recommanderais ce cabinet à mes amis	<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"/>
27	Je n'ai aucune raison de considérer un changement de cabinet famille	<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"/>

Fiche personnelle

- D1 Votre sexe homme femme
- D2 Votre âge ans
- D3 Quelle est votre langue maternelle ? allemand français anglais italien romanche portugais turc slave espagnol autre
- D4 Quel est votre degré de formation le plus élevé ? école primaires école cycle d'orientation école de maturité gymnasiale ou formation professionnelle initiale haute école universitaire / spécialisée ou école supérieure autres diplôme d'études, autre formation
- D5 Quelle est votre état civil/situation de familiale ? célibataire marié(e) veuf, veuve divorcé(e)
- D6 De manière générale, je décrirais mon état santé comme: excellent très bon bon modéré mauvais
- D7 Au cours des derniers 12 mois, combien de jours avez-vous été... jours (Si aucun jour: mettre 0)
... en incapacité travail?
- D8 ... à l'hôpital? jours (Si aucune hospitalisation: mettre 0)
- D9 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un contact avec ce cabinet présentement soumis à l'évaluation (au sein du cabinet ou lors de visites à domicile)? fois (Compter la consultation d'aujourd'hui / la dernière consultation)
- D10 Souffrez-vous d'une maladie chronique depuis plus de 3 mois? oui non

NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE AIDE!

Praxis Nr. Arzt Nr.

Fragebogen Nr. F /