

Visite de clinique

1. Nom et lieu de la clinique

2. La clinique est-elle accessible par les transports publics? Oui Non

Si oui, quel est le trajet?

3. Quelles sont les heures d'ouverture de la clinique?

4. Quelles ont été vos premières impressions en entrant dans la clinique?

5. Quels sont les services offerts?

6. Sur une échelle de 1 à 10, dans quelle mesure vous sentiez-vous à l'aise dans cette clinique?

(1 = pas du tout à l'aise; 10 = très à l'aise)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Quels aspects de la clinique vous ont rendu-e à l'aise ou mal à l'aise?

8. Recommanderiez-vous cette clinique à vos Oui Non
ami-es?

9. Pourquoi recommanderiez-vous ou ne recommanderiez-vous pas cette clinique?

10. Quelle nouvelle information avez-vous apprise à la clinique?

11. Quelles questions aimeriez-vous poser au personnel de la clinique?
