Cabinet du docteur……………..

Adresse

Code postal

Téléphone

Mail

fax

***Objet : Engagement qualité du cabinet***

Chères consœurs, chers confrères,

L’évolution des activités de soin, des profils et demandes des patients et des exigences de nos tutelles, imposent à l’ensemble des acteurs de santé un professionnalisme sans faille et un engagement quotidien d’écoute et d’efficacité. Notre cabinet se mobilise pour optimiser la prise en charge des patients.

**Depuis XXXXX, notre Cabinet est engagé dans la démarche qualité du SFSO.** Cette initiative collective d’amélioration continue rassemble aujourd’hui plus de 150 Cabinets de spécialistes en France. **Elle fixe les critères et engagements concrets touchant à l’efficacité de notre organisation et à la qualité de la prise en charge des patients : accueil, confidentialité et conseil, mise en plan de traitement, observance, contrôle et coopération,…**

Notre cabinet réalise à échéance régulière des évaluations sur le respect de ces engagements. Cet investissement nous semble nécessaire pour rechercher en permanence les moyens d’améliorer notre exercice.

Cette efficacité passe bien entendu par un fonctionnement optimal avec l’ensemble des professionnels de santé. **Nous renouvelons par ce courrier notre engagement à coopérer efficacement au quotidien avec vous et à développer et améliorer notre collaboration chaque fois que possible, dans l’intérêt des patients.**

**Dans le cadre de la démarche qualité des spécialistes en ODF et afin d'améliorer la synergie entre nos cabinets dans l'intérêt des patients**, nous avons construit très simplement le questionnaire, joint à ce courrier, **qui** **nous permettra de renforcer nos liens de coopération, au service des traitements de nos patients communs.**

Nous vous prions d’accepter, Chères consœurs, chers confrères, nos meilleures salutations.

**Le(s) praticien(s)**

Cabinet du docteur……………..

Adresse

Code postal

Téléphone

Mail

fax

À …………………..…, le ……………………..

Chères consœurs, chers confrères,

Nous savons combien votre temps est précieux, c'est pourquoi il suffit de quelques minutes pour y répondre - entourez la(les) réponse(s) qui vous convient le mieux.

|  |
| --- |
| *Désirez-vous que les courriers que nous vous adressons vous soient envoyés par :* |
| Voie postale |
| Courriel |

Pouvez-vous nous indiquer votre adresse mail : …………………………………………………………………….........................

|  |
| --- |
| *Actuellement, dans nos courriers, vous avez la déclinaison suivante:* |
| 1 - Diagnostic |
| 2 - Plan de Traitement |
| 3 - Photo du visage |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cela vous convient – il ? | oui | non |
| Avez-vous d'autres suggestions? | oui | non |
| Si oui, lesquelles : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Au sein de votre cabinet, dans votre pratique, réalisez-vous ?* | | | |
|  | Extraction de dents de sagesse incluses | oui | non |
|  | Freinectomie labiale | oui | non |
|  | Linguale | oui | non |
|  | Collage pour désinclusion de dents incluses | oui | non |
|  | Traitements parodontaux | oui | non |
|  | Implants | oui | non |
|  | Radio panoramique | oui | non |
|  | Cone Beam | oui | non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Nous recommandons à nos patients une action de contrôle ou de dépistage tous les ans. Cette fréquence vous semble-t-elle appropriée ? | oui | non | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Seriez-vous intéressés par une soirée d'informations sur l'orthodontie ? | oui | non |
| Indiquez votre préférences : ………………………………………………………………………………………………………………………… | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Avez-vous des suggestions ? |  |

**Merci Beaucoup !**

*Merci de nous adresser cette enquête par mail ……………………………………., par fax au……………………………*

*ou par courrier au………………………………………………….*