

Questionnaire de satisfaction sur l'appareillage auditif

(à joindre à votre bulletin d'adhésion ou de ré-adhésion)

Ce questionnaire sert à recueillir des données de satisfaction par centre de correction auditive et par appareil afin d'aider nos adhérents dans leurs choix. Seules les statistiques générales seront partagées, les réponses individuelles de chacun restant confidentielles. Merci pour votre précieuse collaboration.

Vous pouvez remplir ce questionnaire si vous avez acquis vos audioprothèses depuis moins de 4 ans. Il est préférable de ne répondre à ce questionnaire que 2 à 3 mois au moins après l'achat de vos appareils. Munissez-vous de votre facture, des documents sur vos remboursements et de votre audiogramme.
*Ces champs doivent être obligatoirement remplis (** si conditionnés par la question précédente)

***Nom du centre de correction auditive :**

*Adresse : *Ville : *CP :

*Possibilité de prêt des appareils pour essais dans la vie courante Oui Non

**Si oui nombre de semaines d'essai
dans ce centre avant la décision d'achat : <2 de 2 à <3 de 3 à <4 4 ou +

*Nombre de séances de réglages ou contrôles sur l'appareillage acheté depuis l'origine jusqu'à ce jour :

Vous a-t-on remis : * un livret d'accueil Oui Non

* la fiche technique de l'appareil Oui Non

* les valeurs des paramètres de réglage de vos appareils Oui Non

* la courbe de réponse de vos appareils une fois réglés Oui Non

* une information écrite sur la position T Oui Non

* votre compte rendu d'appareillage Oui Non

*Avez-vous une extension de garantie à 4 ans ou + (offerte ou facturée en sus) Oui Non

Appréciation sur le service rendu

*Accueil, amabilité Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

*Affichage des prix Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

*Informations écrites Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

*Choix d'appareils à différents prix Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

*Disponibilité pour de nouveaux réglages Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

*Mesures d'efficacité¹ Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

(¹teste votre perception de la parole, avec les appareils, dans le calme et en présence d'un fond sonore)

Maitrise des logiciels et des produits Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

Explications orales Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

Conseils d'utilisation Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

*Appréciation globale sur le service rendu :

Quelle note sur 10 donneriez vous : de 0 à 2 de 3 à 5 de 6 à 7 de 8 à 10

***Marque de l'appareil acheté** (Siemens, Oticon, Phonak, Widex...) :

***Nom commercial de l'appareil** (Excelia, Pure regardez notice, facture...) :

*Inscription marquée sur l'appareil :

Type d'appareil : contour intra conduit open air autres précisez :

***Prix total** : € (si renseigné : prix prestations :€) ***Nombre d'appareils** : 1 2

Appréciation sur l'appareil

*Qualité, clarté, sensation sonore Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

*Adaptation, manuelle ou automatique, à l'environnement sonore
Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

*Ergonomie² Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

(²facilité d'utilisation, maniabilité du bouton de volume, de sélection des programmes, du tiroir pile...)

Appréciation des résultats obtenus avec vos appareils (BM signifie boucle magnétique)

Si une question sans '*' vous semble inadaptée à votre cas passez à la suivante sans y répondre

- *Conversation en milieu calme (seul à seul) Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait
- *Ecoute de la télévision (sans BM) Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait
- *Utilisation du téléphone fixe (ou filaire) (sans BM) Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait
- *Satisfaction de votre entourage Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait
- *Certains bruits sont trop forts Très souvent Assez souvent Rarement Jamais
- *Sifflement intermittent (effet larsen) Très souvent Assez souvent Rarement Jamais
- *Cet appareillage améliore votre vie Pas du tout Assez peu Plutôt Oui beaucoup
- Conversation en milieu bruyant ou avec fond sonore³ Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait
(³repas de famille, restaurant...)
- Conversation en petits groupes Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait
- Conversation avec de jeunes enfants Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait
- Conversation en voiture Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait
- Utilisation des téléphones mobiles Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait
- Au théâtre Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait
- Annonces Hall de gare, aéroports, avion... Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait
- Ecoute avec BM (TV, téléphone, conférences...) Pas satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

En cas d'un renouvellement,

Cet appareillage est meilleur que le précédent Pas d'accord Peu d'accord Assez d'accord Tout à fait d'accord

*Temps de port des appareils : très peu ou pas du tout entre 2 et 8 h/jours + de 8h/jour En permanence

**Si très peu ou pas du tout précisez : Pas du tout Occasionnellement un peu chaque jour

*Appréciation globale de votre appareillage

Quelle note sur 10 donneriez vous : de 0 à 2 de 3 à 5 de 6 à 7 de 8 à 10

*Appréciation du rapport satisfaction/prix Mauvais Plutôt mauvais Plutôt bon Très bon

*Autres informations

Précisez votre perte auditive en dB (décibel) inscrite sur votre audiogramme tonal.

Perte (dB)	Oreille droite (OD)				Oreille gauche (OG)			
	*500Hz	*1000Hz	*2000Hz	*4000Hz	*500Hz	*1000Hz	*2000Hz	*4000Hz

Si vous n'avez plus d'audition sur une fréquence mettez 120 dB / Cette information sert à calculer votre perte auditive

- *Année de naissance :
- *Date 1^{er} appareillage (mm/aa) :/.....
- *Date d'achat de ces appareils (mm/aa) :/.....
- *Date d'aujourd'hui (jj/mm/aa) :/...../.....

Remboursement sécurité sociale : Euros

Remboursement Mutuelle : Euros Nom de la mutuelle :

Autres remboursements (MDPH, ...) : Euros Origine :

*Votre adresse e-mail :

(Si pas d'adresse e-mail précisez : Nom Prénom)

***J'atteste que ces informations et appréciations sont justes et sincères.**

Je m'engage à vérifier et confirmer mes réponses grâce au courriel qui me sera envoyé et à répondre à la demande d'actualisation au terme du 6^{ème} mois d'appareillage qui me sera adressée (cas d'un questionnaire rempli avant cette échéance).

***Association d'appartenance⁴ : Surdi 13.....**

***Votre code postal⁴ :** ***Votre n° de téléphone fixe⁴ :**

⁴ces informations restent confidentielles elles nous permettent de vérifier vos réponses et d'éviter les malversations