



# Questionnaire Accès aux soins

**Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour accéder aux soins ?**

- OUI  NON

**Si oui, merci de préciser le ou les service(s) concerné(s) :**

- Médecine générale  Spécialiste (ophtalmo, dentiste, pédiatre...)  
 Hôpital  Examens (mammographie...)

**Quelles difficultés avez-vous rencontrées :**

- délais pour avoir un RDV  
 difficultés pour obtenir un RDV (standard inaccessible, obligation de passer par une plate-forme ...)  
 trajet et mobilité  autre (précisez)

**Témoignez-nous vos difficultés.**

**Votre témoignage :**

**FACULTATIF**

Nom et Prénom : .....

Contact <sup>(1)</sup> (tél, mél) : .....

*(1) Votre témoignage restera anonyme. Vos coordonnées nous serviront à prendre contact avec vous pour préciser votre témoignage si besoin.*