



ENQUETE DE SATISFACTION

Votre avis est précieux ! Il contribuera à améliorer la qualité de nos services. Nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet ou de nous le faire parvenir par courrier.

SERVICE

CHIRURGIE MEDECINE ESTHETIQUE

Numéro de chambre :

1 LE SERVICE D'ACCUEIL

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Facilité d'accès au service	<input type="checkbox"/>				
Qualité de l'accueil à la réception	<input type="checkbox"/>				
Délai d'attente à la réception lors de l'admission	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES

2 LES SOINS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Qualité de l'accueil dans le service de soins	<input type="checkbox"/>				
Identification des fonctions professionnelles	<input type="checkbox"/>				
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>				
Information régulière de la part du personnel sur votre état de santé, votre traitement et vos soins	<input type="checkbox"/>				
Compréhension des réponses apportées	<input type="checkbox"/>				
Attention humaine des médecins	<input type="checkbox"/>				
Attention humaine des infirmiers et autres professionnels	<input type="checkbox"/>				
Aide pour les activités de la vie courante	<input type="checkbox"/>				
Rapidité de réponse aux sonnettes	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>				
Prise en compte des inconforts liés à votre état de santé (nausées, position, vertiges...)	<input type="checkbox"/>				
Qualité des soins	<input type="checkbox"/>				
Information sur les effets indésirables possibles des médicaments	<input type="checkbox"/>				
Participation aux décisions concernant vos soins et traitements	<input type="checkbox"/>				
Qualité de l'information sur les possibles complications liées à un examen invasif (fibroscopie, ponction...)	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES



3 LE SERVICE HOTELIER

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Aspect et confort des chambres	<input type="checkbox"/>				
Propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>				
Température de la chambre	<input type="checkbox"/>				
Calme durant le séjour	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____

4 LA RESTAURATION

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Présentation des plats	<input type="checkbox"/>				
Qualité gustative des repas	<input type="checkbox"/>				
Variété des plats	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge diététique uniquement dans le cadre d'un régime instauré par l'établissement	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____

5 LA SORTIE

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Information sur le traitement à suivre	<input type="checkbox"/>				
Information donnée sur la reprise de vos activités (travail, sport, activités habituelles) après la sortie	<input type="checkbox"/>				
Information donnée sur les signes ou complications devant vous amener à contacter la clinique et/ou le praticien	<input type="checkbox"/>				
Organisation de la sortie (date, destination)	<input type="checkbox"/>				
Information donnée à votre entourage au cours de l'hospitalisation et sur votre sortie	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____

OPTIONS - RECOMMANDATIONS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Globalement vous êtes :	<input type="checkbox"/>				

Remarques _____

Recommanderiez-vous la clinique ?

OUI NON

Si non, pourquoi : _____

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez apporté à notre enquête. Si vous le désirez, vous pouvez nous laisser vos coordonnées :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

