



= Très Satisfait



= Plutôt satisfait



= Plutôt pas satisfait



= Pas du tout satisfait

Comment jugez-vous ?

Votre accueil :

- L'accueil téléphonique de notre établissement
- La clarté des informations pour préparer votre hospitalisation
- L'accueil principal de l'établissement
- Le service d'admission
- L'accueil lors de votre arrivée dans le service



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos Prestations hôtelières :

- Le confort de votre chambre
- Le calme dans le service de jour
- Le calme dans le service de nuit
- La qualité des produits servis lors des repas/collations
- Les quantités servies
- Le respect de votre commande en cas de demande de modification
- L'amabilité et la convivialité du personnel ayant servi vos repas/collations
- La propreté de votre chambre au quotidien

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre prise en charge :

- La clarté des informations données par les médecins
- Les informations reçues sur les médicaments pris pendant votre séjour
- La prise en compte de votre douleur
- L'attention de l'équipe de bloc opératoire
- L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de jour
- L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de nuit
- La clarté des informations données par l'équipe soignante
- L'attention réservée à vos proches
- La clarté des informations fournies pour votre sortie

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment jugez-vous globalement notre établissement ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Votre orientation par rapport à la signalétique
- Les temps d'attente lors des examens (radiologie, scanner, etc.)
- Le respect de vos préférences alimentaires
- La qualité du linge mis à disposition
- Le temps d'attente avant et après intervention

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous deviez recommander notre établissement à un ami/proche, quelle note donneriez-vous sur une échelle de 0 à 10 ?

Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?

.....

Vous pouvez, ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

www.generaledesante.fr

A remplir par l'établissement : Mois /__ /__



Nous prenons soin de vous

HÔPITAL PRIVÉ
DE LA LOIRE

VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur

A l'issue de votre séjour dans notre établissement, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé au dos de la présente lettre.


Si vous le désirez, n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques ou suggestions, nous y porterons toute notre attention.

Dès que vous avez rempli ce questionnaire, vous pouvez nous le transmettre grâce aux boîtes aux lettres prévues à cet effet dans le service où vous êtes hospitalisé(e) ainsi que dans le hall d'accueil de la clinique.

Vos réponses seront prises en considération par la direction et l'équipe médicale ; elles nous permettront de travailler à l'amélioration de la qualité de notre service à l'égard de nos patients.

En vous remerciant par avance de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

La Direction

Vous êtes entré en urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Vous êtes : Un homme <input type="checkbox"/> Une femme <input type="checkbox"/>
Dans le service : Chirurgie <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/>	
Quel est votre âge : /_/_/_/ans	
Facultatif, vos coordonnées : 	

 **tournez la page, SVP**