

# Questionnaire de satisfaction

Hospitalisation

## QUELQUES RENSEIGNEMENTS

La date de sortie : \_\_/\_\_/----

Votre nom (facultatif) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Votre département :  77  45  89  91  Autre : \_\_\_\_\_

Etes-vous entré à la clinique :  Hospitalisation programmée  Hospitalisation en urgence

Avez-vous été hébergé en :  Chambre particulière  Chambre double

Vous avez été hospitalisé(e) pour une intervention en :

- Chirurgie orthopédique  Chirurgie gynécologique  Chirurgie digestive et viscérale  
 Chirurgie urologique  Autre : \_\_\_\_\_

## ACCUEIL

Contact téléphonique et accueil  BON  MOYEN  MAUVAIS

## FORMALITES D'ADMISSION ET DE SORTIE

Qualité des informations  BON  MOYEN  MAUVAIS

Délais d'attente  BON  MOYEN  MAUVAIS

## CHAMBRE

Respect de votre demande  BON  MOYEN  MAUVAIS

Propreté, hygiène  BON  MOYEN  MAUVAIS

Service télévision  BON  MOYEN  MAUVAIS

Service téléphone  BON  MOYEN  MAUVAIS

## RESTAURATION

Qualité (goût et préparation)  BON  MOYEN  MAUVAIS

Quantité  BON  MOYEN  MAUVAIS

Respect des plats choisis  BON  MOYEN  MAUVAIS

## MEDECINS

Présentation, amabilité  BON  MOYEN  MAUVAIS

Prise en charge de l'anxiété et de la douleur  BON  MOYEN  MAUVAIS

Compréhension des informations avant les actes médicaux ou les soins  BON  MOYEN  MAUVAIS



Tournez la page, S.V.P

