

AMBULATOIRE

— QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Cher(e) Patient(e),

Dans le but de mieux répondre à vos attentes et besoins, l'appréciation que vous porterez sur votre prise en charge en ambulatoire nous intéresse. Il nous permettra d'apporter des améliorations sur les courts séjours. Merci de remettre ce questionnaire à l'équipe de soin lors de votre sortie ou de le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet.

Séjour à la clinique :

Ambroise Paré
(27 bld V.Hugo, Neuilly/Seine)

Ambroise Paré-Hartmann
(48 ter bld V.Hugo, Neuilly/Seine)

Pierre Cherest
(5 rue P.Cherest, Neuilly/Seine)

Prise en charge le / /

N° de box :

Service :

L'ACCUEIL

Êtes-vous

Très satisfait **Satisfait** **Peu satisfait** **Mécontent**

De l'accueil téléphonique

De l'accueil principal de la clinique

De l'accueil dans le service ambulatoire

De l'accueil au bloc opératoire

LA PRISE EN CHARGE

Êtes-vous

Très satisfait **Satisfait** **Peu satisfait** **Mécontent**

De la disponibilité et de l'écoute

— du personnel des services administratifs

— du personnel soignant

— des médecins

— des brancardiers

— du personnel du bloc opératoire

— du personnel hôtelier

— des diététiciens

De la qualité des soins

Du respect de votre intimité-dignité

De la prise en charge de votre douleur

LE CONFORT

Êtes-vous

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
Du confort de votre box	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De l'entretien de votre box	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la collation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du calme dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L'INFORMATION

Êtes-vous

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
De la clarté des informations données sur l'organisation de votre séjour				
– par le médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– par l'équipe soignante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– sur les suppléments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– pour répondre à vos interrogations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– pour l'organisation de votre sortie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la confidentialité des informations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L'ATTENTE

Êtes-vous

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
Du délai d'attente à votre arrivée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du délai d'attente à votre sortie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OPINION GÉNÉRALE

Êtes-vous

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
De votre prise en charge globale au sein de la clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires/observations (champ libre)

(Facultatifs) Nom et prénom :

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire. Nous vous souhaitons un bon rétablissement.

La Direction et ses équipes.