

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE !

Afin de mieux répondre à vos attentes et d'améliorer notre niveau de qualité, nous vous remercions de bien vouloir remplir notre questionnaire de satisfaction.



Les informations concernant votre séjour

Votre date d'entrée:

Votre date de sortie:

Votre numéro de chambre:

Votre nom (facultatif):



Rejoignez-nous sur Facebook !
facebook.com/CliniqueDuParc

Type d'intervention orthopédie ophtalmologie esthétique autre

L'accueil

Comment avez-vous jugé votre accueil

	excellent	bon	mauvais	très mauvais
accueil pré admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
accueil principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
accueil admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
accueil par le personnel soignant jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
accueil par le personnel soignant nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
accueil au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les consultations

Comment avez-vous jugé vos différentes consultations

	excellent	bon	mauvais	très mauvais
avec votre chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec votre anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec votre cardiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec votre radiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec votre kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La prise en charge de votre douleur

En combien de temps votre douleur a-t-elle été prise en charge ?

	en moins de 15 minutes	entre 15 et 30 minutes	entre 30 et 60 minutes	plus d'une heure
Le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre traitement contre la douleur a-t-il été efficace

oui non

EN-2013-0408 005

L'information

Les explications données par les différents intervenants étaient-elles claires

	à chaque fois	parfois	rarement	jamais
avec votre médecin et sa secrétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec votre anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec votre kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'hôtellerie

Que pensez-vous de la restauration

	excellente	bonne	mauvaise	très mauvaise
la qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la présentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que pensez-vous de la propreté

	excellente	bonne	mauvaise	très mauvaise
de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de votre salle de bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des parties communes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que pensez-vous du confort de votre chambre ?

	excellente	bonne	mauvaise	très mauvaise
la literie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les rangements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les prestations (TV, téléphone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre opinion sur votre séjour

De manière générale, quelle est votre opinion sur votre séjour à la Clinique du Parc

excellente bonne mauvaise très mauvaise

Vos commentaires:

Merci de votre participation !
Ce questionnaire est à laisser dans votre chambre. Il sera récupéré après votre départ.