



ENQUÊTE DE SATISFACTION

HOSPITALISATION COMPLÈTE

Numéro de chambre :

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.

1 LE SERVICE D'ACCUEIL	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
› Facilité d'accès au service	☐	☐	☐	☐	☐
› Qualité de l'accueil à la réception	☐	☐	☐	☐	☐
› Délai d'attente à la réception lors de l'admission	☐	☐	☐	☐	☐
› Informations et explications transmises par la réception lors de votre admission	☐	☐	☐	☐	☐
› Rapidité de prise en charge par le service de soins	☐	☐	☐	☐	☐
› Qualité de l'accueil de votre famille ou entourage	☐	☐	☐	☐	☐
› Contenu du livret d'accueil	☐	☐	☐	☐	☐

REMARQUES

.....

.....

2 LES SOINS INFIRMIERS	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
› Qualité de l'accueil dans le service de soins	☐	☐	☐	☐	☐
› Appréciation des soins et actes infirmiers	☐	☐	☐	☐	☐
› Attention humaine et disponibilité du personnel	☐	☐	☐	☐	☐
› Soins contre la douleur	☐	☐	☐	☐	☐
› Respect de l'intimité	☐	☐	☐	☐	☐
› Réponses aux questions, aux demandes et explications apportées par les médecins	☐	☐	☐	☐	☐
› Informations transmises à votre famille	☐	☐	☐	☐	☐

REMARQUES

.....

.....

3 LES SOINS MÉDICAUX	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
› Information données sur les soins et les traitements par les médecins	☐	☐	☐	☐	☐
› Disponibilité des médecins	☐	☐	☐	☐	☐
› Respect de la confidentialité	☐	☐	☐	☐	☐

REMARQUES

.....

.....

4	LE SERVICE HÔTELIER	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
	› Aspect et confort de votre chambre	☐	☐	☐	☐	☐
	› Calme	☐	☐	☐	☐	☐
	› Propreté des locaux	☐	☐	☐	☐	☐
	› Propreté des sanitaires	☐	☐	☐	☐	☐
	› Qualité des prestations télévision, téléphonie et internet	☐	☐	☐	☐	☐

REMARQUES

.....

.....

5	LA RESTAURATION	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
	Avez-vous eu des repas normaux? OUI ☐ NON ☐					
	› Qualité gustative des repas	☐	☐	☐	☐	☐
	› Présentation des plats	☐	☐	☐	☐	☐
	› Variété des plats	☐	☐	☐	☐	☐
	› Prise en charge diététicienne (ne pas répondre si non concerné)	☐	☐	☐	☐	☐

REMARQUES

.....

.....

6	LA SORTIE	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
	› Organisation de la sortie	☐	☐	☐	☐	☐
	› Informations données sur le traitement à suivre (consignes et médicaments)	☐	☐	☐	☐	☐

REMARQUES

.....

.....

OPTIONS - RECOMMANDATIONS		TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
---------------------------	--	----------------	-----------	-----------------	---------------	---------------

Globalement vous êtes : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

REMARQUES OU SUGGESTIONS :

.....

.....

Recommanderiez-vous la Clinique les Trois Solliès : 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 :