

La Clinique des Trois Frontières est soucieuse de votre bien-être. Afin de poursuivre l'amélioration continue de nos prestations, la Direction, les Médecins et le Personnel vous remercient de répondre à l'enquête de satisfaction au recto et au verso de ce feuillet et de le déposer au standard lors de votre départ.

## Votre hospitalisation :

- Date d'entrée  /  /  • Date de sortie  /  /
- Dans quel service avez-vous séjourné ?  
Nom du service : \_\_\_\_\_ N° de l'étage : \_\_\_\_\_ N° de chambre : \_\_\_\_\_
- Votre arrivée à la clinique :  S'est faite en urgence  Etais prévue d'avance
- Lors de votre arrivée à la clinique, comment avez-vous jugé :
  - Les panneaux d'accès à la clinique :  
 Très satisfaisants  Satisfaisants  Peu satisfaisants  Pas satisfaisants  Non concerné
  - Les possibilités de stationnement :  
 Très satisfaisantes  Satisfaisantes  Peu satisfaisantes  Pas satisfaisantes  Non concerné
  - La signalisation à l'intérieur de la clinique :  
 Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

## L'accueil :

- Etes-vous satisfait du Bureau administratif / Réception ?
  - L'accueil, la disponibilité du personnel :  
 Très satisfaisants  Satisfaisants  Peu satisfaisants  Pas satisfaisants  Non concerné
  - L'information donnée :  
 Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné
  - L'organisation des formalités administratives :  
 Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné
  - Les conditions de l'accueil permettent la confidentialité des informations échangées :  
 Oui  Non  Non concerné
  - Le délai d'attente :  
 Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas satisfaisant  Non concerné
  - Si votre hospitalisation était programmée, avez-vous disposé d'une chambre dès votre arrivée :  
 Oui  Non  Non concerné
  - Dans le livret d'accueil, avez-vous trouvé les informations utiles et claires ?  
 Oui  Non  Non concerné
  - Si vous avez été admis en urgence et si vous avez attendu, le délai d'attente vous a semblé :  
 Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas satisfaisant  Non concerné
  - Vous a-t-on proposé de désigner une personne de confiance ?  
 Oui  Non

## Votre séjour

- La disponibilité du personnel soignant vous a paru :  
 Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante
- La disponibilité du corps médical vous a paru :  
 Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante
- Les soins vous ont été dispensés avec respect :  
 Oui  Non
- La confidentialité sur votre état de santé a été respectée de manière :  
 Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante
- Vous estimez que votre intimité a été respectée de manière :  
 Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante
- Si votre mobilité était réduite, l'aide apportée aux activités de la vie quotidienne (repas, toilette,...) vous a semblé :  
 Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

## La douleur

- Si vous avez eu besoin d'un traitement contre la douleur :

La rapidité avec laquelle le traitement a été délivré vous a semblé :

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

Son efficacité vous a semblé :

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

## Confort hôtelier

- Dans votre chambre, vous avez trouvé :

Le mobilier :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas satisfaisant     Non concerné

La propreté :

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

Le calme :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas satisfaisant     Non concerné

La température :

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

Le téléphone :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas satisfaisant     Non concerné

La télévision :

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

- Qu'avez vous pensé des repas :

La qualité de la nourriture :

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

La quantité de la nourriture :

Trop abondante     Suffisante     Insuffisante

La variété des menus :

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

La température de la nourriture :

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

## La sortie

- Comment considérez-vous l'information reçue :

Sur vos conditions de sortie (jour, heure, mode de transport, formalités administratives) :

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

Sur le traitement et les soins à poursuivre :

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

- Le site Internet :

En avez-vous pris connaissance ?

Oui     Non

Vous a-t-il paru utile ?

Oui     Non

## VOS SUGGESTIONS :

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.