

Votre avis est primordial, pensez à déposer  
 votre questionnaire de satisfaction   
dans la boîte réservée à cet effet située à l'accueil

Accueil

Avez-vous été satisfait de :

- L'accueil
- Le délai de prise en charge

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soins

➤ L'équipe Médicale

Par rapport à votre maladie ou à votre intervention, avez-vous été satisfait par :

- La prise en charge et l'écoute
- L'efficacité et la qualité des soins
- La prise en charge de la douleur

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Equipe soignante

Avez-vous été satisfait de :

Equipe de jour

- Son attention, sa disponibilité

Equipe de nuit

- Son attention, sa disponibilité

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Equipe hôtelière

Avez-vous été satisfait de :

- Son attention, sa disponibilité

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Locaux

Avez-vous été satisfait de votre chambre, en ce qui concerne :

- Sa propreté
- Ses équipements

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organisation

Avez-vous été satisfait de :

- Les visites
- Le bruit
- L'ambiance
- Les informations données sur le livret d'accueil

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Restauration

Avez-vous un régime particulier ? (si oui, lequel ?) .....

<b>Qualité</b>				<b>Quantité</b>			
Petit-déjeuner				Petit-déjeuner			
Déjeuner				Déjeuner			
Dîner				Dîner			

# COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

- ACCUEIL

.....  
.....  
.....  
.....

- SOINS

.....  
.....  
.....  
.....

- LOCAUX

.....  
.....  
.....  
.....

- ORGANISATION

.....  
.....  
.....  
.....

- RESTAURATION

.....  
.....  
.....  
.....

- AVIS GENERAL

Avez vous été satisfait de votre séjour  
à la Polyclinique de DEAUVILLE?

  

.....  
.....  
.....  
.....

Nom : ..... Prénom : .....

Date : ..... Chambre : ..... ou Etage : .....