



## VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

À l'issue de votre séjour dans notre établissement, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé au dos de la présente lettre.

Si vous le désirez, n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques ou suggestions, nous y porterons toute notre attention.

Dès que vous avez rempli ce questionnaire, vous pouvez le remettre à l'hôtesse d'accueil, dans la boîte rouge prévue à cet effet dans le hall d'accueil ou nous le renvoyer par courrier.

Vos réponses seront prises en considération par la Direction et l'équipe médicale, elles nous permettront de travailler à l'amélioration de la qualité de notre service à l'égard de nos patients.

En vous remerciant par avance de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Directeur

**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION CHIRURGIE ESTHÉTIQUE ET RÉPARATRICE**  
**Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant (x) la case de votre choix.**

**TB = Très Bien, B = Bien, P= Passable, M= Mauvais**

<b>Comment jugez-vous ?</b>	<b>TB</b>	<b>B</b>	<b>P</b>	<b>M</b>
L'accueil téléphonique de notre établissement				
L'accueil principal de l'établissement				
Le service d'admission				
L'accueil lors de votre arrivée dans le service				
Le confort de votre chambre				
Le calme dans le service de jour				
Le calme dans le service de nuit				
L'attention et la disponibilité du personnel hôtelier : service repas				
La propreté de votre chambre				
La qualité des repas				
Les quantités servies lors des repas				
L'écoute et la disponibilité des médecins				
La clarté de l'information donnée par les médecins avant l'hospitalisation				
La clarté de l'information donnée par les médecins pendant l'hospitalisation				
La clarté de l'information donnée par les médecins pour préparer votre sortie (consignes post opératoires)				
La clarté de l'information sur les honoraires des praticiens				
La prise en compte de votre douleur				
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de jour				
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de nuit				
L'attention de l'équipe de bloc opératoire				
La clarté de l'information donnée par l'équipe soignante				
L'attention réservée à vos proches				
Le stationnement				
La clarté de la signalétique dans l'établissement				
<b>Comment jugez-vous globalement notre établissement ?</b>				
<b>Comment jugez-vous globalement votre prise en charge par le praticien ?</b>				

**Vous pouvez ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :**

Vous êtes, un homme:  une femme:  Vous êtes, en activité:  sans activité:

Première intervention  Deuxième intervention  Complément d'intervention

Quel est votre âge:    Quel est le code postal de votre domicile:

Facultatif, vos coordonnées:

**VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER, MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !**

A remplir par l'établissement : Mois   Code Local  ESTHETIQUE Saisie