

## Questionnaire de Satisfaction Patient

Soucieux d'améliorer nos prestations et vos conditions de séjour au sein de notre établissement, l'ensemble du personnel, les médecins et la direction vous seraient reconnaissants de remplir ce questionnaire. Nous vous remercions de le déposer le jour de votre départ, dans la boîte aux lettres lors de votre passage au bureau des sorties.

Votre nom (facultatif) : .....

Date de début de traitement : .....

**Avez-vous pu bénéficier d'un entretien infirmier avant le démarrage de votre traitement ?**

Oui

Non

**Quels sont les trois points positifs de votre prise en charge à la clinique ?**

- .....
- .....
- .....

**Quels sont les trois points à améliorer ?**

- .....
- .....
- .....

**Commentaires :**