

## 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.

Votre nom (facultatif) : ..... Spécialité : .....

Date d'hospitalisation : .....

**Comment évaluez-vous :**



					
<b>Le déroulement de votre HDJ (organisation, enchaînement des intervenants) ?</b>					
<b>La qualité de l'accueil dans le service ?</b>					
<b>Votre temps d'attente entre votre entrée et votre prise en charge ?</b>					
<b>Votre temps d'attente entre chaque intervenant de votre prise en charge ?</b>					
<b>Le confort du service ?</b>					
<b>Le respect de votre intimité durant le séjour ?</b>					
<b>La qualité des informations reçues ?</b>					
<b>Votre séjour de manière général ?</b>					

**Commentaires :**