

BETHESDA QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Date d'hospitalisation : au Service (facultatif) :

Nom (facultatif) : Mail (facultatif) :

Vous venez de séjourner à la clinique Bethesda. Nous vous remercions de votre confiance. Nous souhaitons connaître votre avis, ainsi que vos remarques et suggestions afin de poursuivre l'amélioration de la prise en charge du patient. Merci pour votre participation.

LEGENDE :



Très satisfait



Satisfait



Assez satisfait



Peu satisfait



Pas du tout satisfait



Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

Votre arrivée

1. l'accès à l'établissement depuis l'extérieur					
2. la signalétique dans l'établissement					

Votre accueil

3. les modalités d'admission à la clinique					
4. l'accueil du personnel administratif					
5. l'accueil du personnel soignant					
6. la confidentialité des informations échangées					

Votre séjour

7. l'information reçue sur votre état de santé					
8. la disponibilité et l'écoute du personnel soignant de jour					
9. la disponibilité et l'écoute du personnel soignant de nuit					
10. la disponibilité et l'écoute du personnel médical					
11. la disponibilité et l'écoute du personnel paramédical (rééducation)					
12. le respect de vos valeurs culturelles					
13. le respect de vos droits (intimité, dignité...)					
14. la prise en charge de la douleur					
15. la qualité des soins reçus					
16. la qualité des animations proposées					

L'hôtellerie

17. l'hygiène des locaux					
18. le bruit					
19. le confort de la chambre					
20. les relations avec le personnel en charge de l'hygiène des locaux					

La restauration

21. la qualité des repas					
--------------------------	--	--	--	--	--

Votre départ

22. l'information reçue sur les conditions de sortie (heure, transport, formalités administratives, traitements et soins à poursuivre...)					
---	--	--	--	--	--

23. recommanderiez-vous la Clinique Bethesda à vos proches ? oui non

24. **VOTRE IMPRESSION GENERALE**

--	--	--	--	--	--

Remarques/suggestions :

Ce questionnaire soigneusement rempli et à remettre dans la **boîte aux lettres QUALITE à l'accueil** de la Clinique.
 Vous pouvez également le faire parvenir par la poste à l'adresse suivante : Clinique BETHESDA - 42 chemin cachalot - Pierrefonds
 97410 SAINT PIERRE