

# GROUPE PBNA

## VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE

---

Parce que nous tenons compte de vos attentes...

Vous avez consulté, passé un examen ou été hospitalisé dans l'un des établissements du groupe Bordeaux Nord Aquitaine. Aujourd'hui, vous pouvez nous aider à améliorer nos prestations et à optimiser la qualité de nos soins et de nos services, en nous envoyant vos impressions grâce au questionnaire de satisfaction ci-dessous. Nous vous remercions par avance de votre collaboration.

### QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT

Vous...

NOM :

Prénom :

Téléphone :

E-mail :

Votre consultation ou hospitalisation...

L'établissement :

Le service :

Nom du praticien :

Date ou période :

Service et numéro de chambre (uniquement si hospitalisé) :

Votre avis sur... l'accessibilité

Avez-vous trouvé facilement la clinique ?

Oui

Non

Vous-êtes vous garé facilement ?

Vous-êtes vous repéré facilement à l'intérieur de la clinique ?

Commentaires :

... l'accueil

Comment avez-vous jugé l'accueil ?

- |  |                                       |  |  |   |
|--|---------------------------------------|--|--|---|
| • au téléphone                                       | <input type="checkbox"/> Satisfaisant | <input type="checkbox"/> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfaisant | <input type="checkbox"/> Insatisfaisant |
| • à l'accueil  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                |
| • au bureau des entrées                              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                |
| • dans le service hospitalisation<br>ou consultation | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                |

Commentaires :

... l'attente

Estimez-vous que les délais d'attente ont été raisonnables ?

- |                                       |                              |                              |                                       |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| • au téléphone                        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas concerné |
| • lors des formalités administratives | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |                                       |
| • avant de passer un examen           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>              |



# GROUPE PBNA

## VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE

---

Commentaires :

### ... l'hébergement en chambre individuelle

- souhaité  Oui  Non
- obtenu

Qu'avez-vous pensé de votre chambre ?

- confort et équipements  Satisfaisant  Plutôt satisfaisant  Plutôt insatisfaisant  Insatisfaisant
- propreté
- niveau sonore, température lumière

Commentaires :

### ... la restauration

Qu'avez-vous pensé des repas qui vous ont été servis ?

- qualité  Satisfaisant  Plutôt satisfaisant  Plutôt insatisfaisant  Insatisfaisant
- quantité
- respect de vos choix et/ou de votre régime

Commentaires :

### ... le personnel

Comment avez-vous jugé la disponibilité et l'amabilité du personnel ?

- accueil et administratif  Satisfaisant  Plutôt satisfaisant  Plutôt insatisfaisant  Insatisfaisant
- personnel hôtelier
- personnel soignant

Commentaires :

### ... l'équipe médicale

- Les médecins ont-ils été disponibles ?  Oui  Non
- Les médecins vous ont-ils informés sur l'évolution de votre état de santé ?
- Les médecins vous ont-ils informés des risques du traitement médical, de l'intervention chirurgicale ou de l'anesthésie ?

Commentaires :



# GROUPE PBNA

## VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE

---

### ... la qualité des soins

Avez-vous été satisfait de la qualité ?

- |                                       |                                       |  |  |   |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|---|
| • des soins médicaux                  | <input type="checkbox"/> Satisfaisant | <input type="checkbox"/> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfaisant | <input type="checkbox"/> Insatisfaisant |
| • des soins des équipes soignantes    | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                |
| • de la prise en charge de la douleur | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                |

Commentaires :

### ... vos droits

Vous a-t-on informé des frais engagés sur votre séjour ?

Oui  Non

Tout au long de votre séjour, quels sont les droits qui vous ont paru être respectés ?

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • droit à la dignité et à l'intimité         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • droit à l'information                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • droit à l'anonymat et à la confidentialité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

### ... votre satisfaction globale sur

- |                                      |                                       |  |  |   |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|---|
| • la clinique d'une manière générale | <input type="checkbox"/> Satisfaisant | <input type="checkbox"/> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfaisant | <input type="checkbox"/> Insatisfaisant |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|---|

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • en cas de besoin, accepteriez-vous d'être ré-hospitalisé(e) dans cette clinique ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|---|------------------------------|------------------------------|

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • en cas de besoin, conseilleriez-vous à l'un de vos proches d'être hospitalisé(e) dans cette clinique ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|--|------------------------------|------------------------------|

Avez-vous des remarques, commentaires ou suggestions complémentaires à formuler ?

