



Votre avis est précieux ! Il contribuera à améliorer la qualité de nos services. Nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet ou de nous le faire parvenir par courrier.

1 LE SERVICE D'ACCUEIL

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Facilité d'accès au service	<input type="checkbox"/>				
Qualité de l'accueil à la réception	<input type="checkbox"/>				
Délai d'attente à la réception lors de l'admission	<input type="checkbox"/>				
Informations et explications transmises par la réception lors de votre admission	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____

2 LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Informations médicales transmises	<input type="checkbox"/>				
Soins contre la douleur	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____

3 LES SOINS KINE

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Informations transmises par le kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>				
Séances de Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____

4 LES SOINS PARAMEDICAUX

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Soins et actes infirmiers	<input type="checkbox"/>				
Séances d'ergothérapie	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge sociale	<input type="checkbox"/>				
Accompagnement psychologue	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____



5 LE SERVICE HOTELIER

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Aspect et confort des locaux	<input type="checkbox"/>				
Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>				
Qualité de votre repas	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____

6 L'ORGANISATION GENERALE

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Planning des journées	<input type="checkbox"/>				
Enchaînement des intervenants	<input type="checkbox"/>				
Temps de repos	<input type="checkbox"/>				
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>				
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____

7 LA SORTIE

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Organisation de la sortie	<input type="checkbox"/>				
Informations données	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____

OPTIONS - RECOMMANDATIONS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Globalement vous êtes :	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____

Recommanderiez-vous le centre de convalescence ?

OUI

NON

Si non, pourquoi : _____

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez apporté à notre enquête. Si vous le désirez, vous pouvez nous laisser vos coordonnées :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ N° de tél : _____

