



Polyclinique du Parc

**SCP DES MEDECINS ANESTHESISTES**  
**Avenue des Sables 49300 CHOLET**  
**TEL : 02.41.63.46.05 Fax : 02.41.63.43.43**

Docteurs BOISHARDY, GARREC, DOUSSET, DUCHENE, GRAUX, LECHEVALIER, RICARDEAU, VALTER,  
Membre d'une association agréée par l'Administrateur fiscal acceptant à ce titre le règlement des  
honoraires par chèques libellés à son nom N° SIRET : 786 149 773 00016

## QUESTIONNAIRE ANONYME DE SATISFACTION SUR VOTRE PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous espérons que vous avez été satisfait de votre prise en charge anesthésique.  
Merci de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous puis de le remettre à la fin de votre  
hospitalisation aux secrétaires des médecins anesthésistes ou dans la boîte aux lettres de  
leur secrétariat.

Votre âge :

Votre intervention :

Votre hospitalisation :  Ambulatoire ou  Traditionnelle

Avez-vous été satisfait de :

votre prise de rendez-vous au standard téléphonique ? satisfait  insatisfait

l'accueil au secrétariat ? satisfait  insatisfait

votre consultation d'anesthésie ? satisfait  insatisfait

l'accueil de la seconde secrétaire (documents, encaissement) ? satisfait  insatisfait

votre visite préopératoire (si hospitalisation la veille) ? satisfait  insatisfait

l'accueil au bloc opératoire par l'équipe d'anesthésie ? satisfait  insatisfait

votre anesthésie ? satisfait  insatisfait

votre passage en salle de réveil ? satisfait  insatisfait

votre prise en charge de la douleur ? satisfait  insatisfait

Avez-vous des remarques à formuler concernant votre prise en charge anesthésique ?

.....  
.....  
.....  
.....