

EVALUATION DE LA SATISFACTION

Secrétariat

Tél. : 02 38 74 41 68

Fax : 02 38 74 43 93

(facultatif) **NOM du patient** **Prénom**

Affaire suivie par :

Gérard CETTOUR-BARON

Directeur

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous avez demandé à obtenir des copies de pièces de votre dossier médical. Le CHR d'Orléans s'est attaché à répondre le mieux possible à votre attente.

Afin d'améliorer encore notre organisation, nous vous remercions de bien vouloir renseigner les quelques rubriques qui suivent.

D'avance, merci de nous renvoyer ce document à l'adresse portée en bas de page.

Comment avez vous eu connaissance de votre droit à communication de votre dossier médical ?

Personnel Hospitalier

Communication CHR (livret d'accueil, affichage...)

Personnel non Hospitalier

Autre

Les informations administratives sur votre droit à communication de votre dossier médical et le coût qui en découle vous ont paru (*ne cocher qu'une case*)

Claires et compréhensibles

inutiles

non compréhensibles

Le contenu du dossier médical qui vous a été adressé (*cocher une ou plusieurs cases*)

Vous a permis de trouver réponse à vos interrogations

Vous a apporté des informations nouvelles sur votre prise en charge

Correspond aux informations reçues durant votre passage au CHR

Suscite de nouvelles interrogations

Vous a paru lisible et compréhensible

Est incompréhensible pour vous

A nécessité une aide pour permettre votre compréhension

Ne comporte pas les informations souhaitées

Autre