**Questionnaire d’appréciation finale**

**de la procédure de médiation**

Nom / Prénom : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Dossier n° : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Date de l’envoi du formulaire de réclamation : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Date de réception du questionnaire
d’appréciation finale : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Au terme de la procédure de médiation, nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire. Votre avis sur notre travail nous est précieux. Il nous permet de savoir si la procédure de médiation vous a été utile et dans quelle mesure. Vos données seront traitées de manière strictement confidentielle.

Dans les rubriques ci-dessous, veuillez d’abord indiquer le domaine relatif aux droits des patients concernés par votre demande. Vous pourrez par la suite exprimer votre avis sur le déroulement, le résultat et les effets de la procédure de médiation. Nous vous remercions vivement de votre collaboration !

**1.  Domaine relatif aux droits des patients concernés**

[ ]  Processus médical

[ ]  Processus de soins

[ ]  Facturation

[ ]  Organisation

[ ]  Gestion des données (historique médical du patient, dossier médical)

[ ]  Autre (conseil / questions externes / divers)

**2.  Au sujet du déroulement de la procédure de médiation**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.1  Mes intérêts ont été représentés de façon satisfaisante : oui plutôt oui en partie plutôt non non

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

2.2  Le médiateur m’a aidé(e) à établir un accord permanent : oui plutôt oui en partie plutôt non non

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

2.3   Je me suis senti(e) considéré(e) dans la prise de décision : oui plutôt oui en partie plutôt non non

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

**3.  Résultats de la procédure de médiation**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.1  En ce qui concerne ma plainte, je considère que oui plutôt oui en partie plutôt non non
 la solution trouvée est acceptable : [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

3.2  Les recommandations de l'Organe de médiation oui plutôt oui en partie plutôt non non

 ont été utiles : [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

3.3  Je respecterai les accords conclus : oui plutôt oui en partie plutôt non non

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

**4.  Effets directs de la procédure de médiation**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.1  La procédure de médiation a amélioré oui plutôt oui en partie plutôt non non

 ma vie de manière satisfaisante : [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

4.2  J’ai eu un bon contact avec le médiateur : oui plutôt oui en partie plutôt non non

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  4.3  La procédure de médiation m’a soulagé(e) : oui plutôt oui en partie plutôt non non

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

4.4  Avant de déposer ma plainte, j'évaluais ma relation avec l'hôpital / l'institution hospitalière comme suit :

 Très bonne Très mauvaise

 1 2 3 4 5 6 7
 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

4.5  À la clôture de la procédure de médiation, j'évalue ma relation avec l'hôpital / l'institution hospitalière comme suit :

 Très bonne Très mauvaise

 1 2 3 4 5 6 7
 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

**5.  Qu'ai-je trouvé de particulièrement utile au cours de la procédure de médiation ?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Merci de votre précieuse collaboration !**

Ursula Theiler

**Organe de médiation pour le secteur hospitalier du canton de Berne**