

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Nom de la personne protégée : .....

Numéro d'identification : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 1) COSI

Besoins spécifiques au niveau de l'audition :

		<b>Changement observé</b> <small>Grâce au nouvel appareil, j'entends maintenant...</small>					<b>Aptitude finale</b> <small>J'entends distinctement...</small>					
		<b>Priorité</b>	<b>Moins bien</b>	<b>Pas de différence</b>	<b>Légèrement mieux</b>	<b>Mieux</b>	<b>Beaucoup mieux</b>	<b>Presque jamais</b>	<b>À l'occasion</b>	<b>La moitié du temps</b>	<b>La plupart du temps</b>	<b>Presque toujours</b>
..... .....	<input type="checkbox"/>											
..... .....	<input type="checkbox"/>											
..... .....	<input type="checkbox"/>											

## 2) Remarques

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

## 3) Attestations

- ✓ Je confirme que le dispositif de correction auditive repris sur le devis joint au présent questionnaire m'apporte pleine satisfaction.
- ✓ Je confirme que ce même dispositif est confortable à porter et que j'arrive à le manipuler correctement.
- ✓ Je confirme avoir été informé(e) des procédures de suivi en ce qui concerne les réglages et la maintenance de mon nouveau dispositif de correction auditive.
- ✓ J'ai pris connaissance du fait qu'aucun autre dispositif de correction auditive ne pourra être pris en charge par l'assurance maladie avant l'échéance du délai de renouvellement (sauf exceptions prévues dans l'article 152 des statuts de la CNS).

.....  
Date

.....  
Signature