

SHARE YOUR EXPERIENCE

ನಿಮ್ಮ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ

OFFICE USE

IP No.:

OP No.:



SRI DHARMASTHALA MANJUNATHESHWARA HOSPITAL, UJIRE

ಒಳರೋಗಿ ಅನಿಸಿಕೆ ಪತ್ರ / IN PATIENT FEED BACK FORM

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ : ಶೌಲಿ ಯೂಡೆಬೇಟ್ಸ್ ಮನೆ, ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ, ದ.ಕೆ.
 Patient Name and Address

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ/Phone Number : ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ/Admission Date 1-4-2022

ಎಸ್.ಡಿ.ಎಂ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನಾವು ನಿಮಗೆ ಧನ್ಯವಾದ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ಆರೋಚನೆ/ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ನಮಗೆ ಉತ್ಕೃಷ್ಟ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡಲು ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ.

We thank you for choosing SDM Hospital, Your thoughts & comments are important to us to provide excellence in health care

ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ
 Consultation Doctors Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ರೋಗಕ್ಕೆ ಕೊಟ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಅನುಕೂಲ
 Relief from the treatment
 given to the disease
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ತುರ್ತು/ಅಪಘಾತ
 Emergency/Casualty
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ದಾಡಿಯರ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ
 Nursing Care Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
 Operation Theatre Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಹೆರಿಗೆ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
 Labour Theatre Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಆಯಾಸಗಳ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ
 House Keeping Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಇನ್‌ಶೂರೆನ್ಸ್ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
 Insurance Department Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸ್ವಾಗತ ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ
 Reception Counter Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಪರ್ಕ ಅಧಿಕಾರಿ
 Public Relationship Officer
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please Describe/ವಿವರಣೆ:

ಔಷಧ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
 Pharmacy Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ರಕ್ತ/ಮಲ/ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷಾ ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Laboratory Service

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಸ್ಯಾನ್ರಿಂಗ್ ಸೇವೆ
USG Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಎಕ್ಸ್-ರೇ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
X-Ray Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಸಿ.ಟಿ ಸ್ಯಾನ್ರಿಂಗ್ ಸೇವೆ
C.T Scanning Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಇ.ಸಿ.ಜಿ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
ECG Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಭೌತಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
Physiotherapy Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಒಟ್ಟಾರೆ ಅನುಭವ
Overall Experience

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಇತರ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ / Other Services

ಕುಡಿಯುವ ನೀರು/Drinking Water

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

Fan, AC, Lights, Water Facilities
ಫ್ಯಾನ್, ಎ.ಸಿ, ಲೈಟ್ ಸೃವಸ್ಥಿ

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಶುಚಿತ್ವ/Cleanliness

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಕ್ಯಾಂಟೀನ್/Canteen

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್/Ambulance

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

ಇನ್ನಿತರ ವಿಷಯಗಳು/ಸಲಹೆಗಳು (ಇದ್ದರೆ) General Remarks/Suggetions (If any) :

ನಿಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ತಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡುವಿರಾ

Yes/ಹೌದು No/ಇಲ್ಲ

We you recommend our hospital to your friends and family

ಅನುಕೀಗಳು
Comments

Treated very well.

ಅನುಕೀ/ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದವರು
Feedback Submitted by

Patient/ರೋಗಿ Patient Relative/ರೋಗಿ ಸಂಬಂಧಿ Staff/ಸಿಬ್ಬಂದಿ

Signature