

SHARE YOUR EXPERIENCE

ನಿಮ್ಮ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ

OFFICE USE

IP No.:

OP No.:



SRI DHARMASTHALA MANJUNATHESHWARA HOSPITAL, UJIRE

ಒಳರೋಗಿ ಅನಿರೀಕ್ಷೆ ಪತ್ರ / IN PATIENT FEED BACK FORM

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ :  
Patient Name and Address

ಶ್ರೀ. ಶ್ರೀ. ಲಕ್ಷ್ಮಿ, ೫೯/೦ ವೆಂಕಟೇಶ್ವರ, ನಲ್ಲಬೀಡು ಬೆಂಗಳೂರು  
60೧೩೨ ಸಂಕೇತ ಸ್ತಂಭ

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ/Phone Number :

ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ/Admission Date

ಎಸ್.ಡಿ.ಎಂ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನಾವು ನಿಮಗೆ ಧನ್ಯವಾದ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತೇವೆ ನಿಮ್ಮ ಆಲೋಚನೆ/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  
Excellent

ಉತ್ತಮ  
Good

ತೃಪ್ತಿಕರ  
Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ  
Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ರೋಗಕ್ಕೆ ಕೊಟ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಅನುಕೂಲ  
Relief from the treatment  
given to the disease

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  
Excellent

ಉತ್ತಮ  
Good

ತೃಪ್ತಿಕರ  
Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ  
Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ತುರ್ತು/ಅಪಘಾತ  
Emergency/Casualty

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  
Excellent

ಉತ್ತಮ  
Good

ತೃಪ್ತಿಕರ  
Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ  
Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ದಾದಿಯರ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ  
Nursing Care Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  
Excellent

ಉತ್ತಮ  
Good

ತೃಪ್ತಿಕರ  
Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ  
Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ  
Operation Theatre Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  
Excellent

ಉತ್ತಮ  
Good

ತೃಪ್ತಿಕರ  
Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ  
Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಹೆರಿಗೆ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ  
Labour Theatre Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  
Excellent

ಉತ್ತಮ  
Good

ತೃಪ್ತಿಕರ  
Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ  
Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಆಯಾಗಳ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ  
House Keeping Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  
Excellent

ಉತ್ತಮ  
Good

ತೃಪ್ತಿಕರ  
Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ  
Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಇನ್‌ಶೂರೆನ್ಸ್ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ  
Insurance Department Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  
Excellent

ಉತ್ತಮ  
Good

ತೃಪ್ತಿಕರ  
Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ  
Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸ್ವಾಗತ ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ  
Reception Counter Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  
Excellent

ಉತ್ತಮ  
Good

ತೃಪ್ತಿಕರ  
Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ  
Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಪರ್ಕ ಅಧಿಕಾರಿ  
Public Relationship Officer

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  
Excellent

ಉತ್ತಮ  
Good

ತೃಪ್ತಿಕರ  
Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ  
Poor

Please Describe/ವಿವರಣೆ:

ಔಷಧ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ  
Pharmacy Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  
Excellent

ಉತ್ತಮ  
Good

ತೃಪ್ತಿಕರ  
Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ  
Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ರಕ್ತ/ಮಲ/ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷಾ ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ

Laboratory Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸ್ಯಾನ್ರಿಂಗ್ ಸೇವೆ  
USG Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಎಕ್ಸ್-ರೇ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ  
X-Ray Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸಿ.ಟಿ ಸ್ಯಾನ್ರಿಂಗ್ ಸೇವೆ  
C.T Scanning Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಇ.ಸಿ.ಬಿ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ  
ECG Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಭೌತಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ  
Physiotherapy Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಒಟ್ಟಾರೆ ಅನುಭವ  
Overall Experience

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಇತರ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ /Other Services

ಕುಡಿಯುವ ನೀರು/Drinking Water

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

Fan, AC, Lights, Water Facilities  
ಫ್ಯಾನ್, ಎಸಿ, ಲೈಟ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆ

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಶುಚಿತ್ವ/Cleanliness

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಕ್ಯಾಂಟೀನ್/Canteen

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್/Ambulance

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

ರಂಜಿತ್ ಕುಮಾರ್

ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

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

ನಿಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡುವಿರಾ

We you recommend our hospital to your friends and family

Yes/ಹೌದು  No/ಇಲ್ಲ

ಅನಿಸಿಕೆಗಳು  
Comments

ಶಿಕ್ಷಣ NO-1 ರಿಪ್ಲೈಯಿಂಗ್ ಸರ್ವಿಸ್

ಅನಿಸಿಕೆ/ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದವರು  
Feedback Submitted by

Patient/ರೋಗಿ  Patient Relative/ರೋಗಿ ಸಂಬಂಧಿ  Staff/ಸಿಬ್ಬಂದಿ

Signature

veault  
9448339054