

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 : Sanjath (125)  
Patient Name and Address

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ / Phone Number : ..... ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ / Admission Date .....

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

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

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

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

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

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

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

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

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

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

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

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

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

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

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

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

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

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

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

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

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

Please Describe/ವಿವರಿಸಿ:

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

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:



ರಕ್ತ/ಮಲ/ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷಾ  
ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ  
Laboratory Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಸ್ಟಾನ್ಡಿಂಗ್ 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 ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ 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 ವ್ಯವಸ್ಥೆ

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:

ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್/Ambulance

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

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

ನಿಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಶಿವಾರಸ್ತು ಮಾಡುವಿರಾ

We you recommend our hospital to your friends and family

Yes/ಹೌದು  No/ಇಲ್ಲ

ಅನುಕೇಗಳು  
Comments

ಅನುಕೇ/ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದವರು  
Feedback Submitted by

Patient/ರೋಗಿ  Patient Relative /ರೋಗಿ ಸಂಬಂಧಿ  Staff/ಸಿಬ್ಬಂದಿ

Signature