

SHARE YOUR EXPERIENCE
ನಿಮ್ಮ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಹಂಚಿರಿ

OFFICE USE	
IP No.:	
OP No.:	



SRI DHARMASTHALA MANJUNATHESHWARA HOSPITAL, UJIRE

ರೋಗಿಯ ಅನುಭವ ಪತ್ರ / IN PATIENT FEED BACK FORM

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು address : Laxardhana Sampigebody House Dadebale
 Patient Name and Address
 ದೂರದ ಸಂಖ್ಯೆ / Phone Number : _____ ಆರೋಗ್ಯ ದಿನಾಂಕ / Admission Date 11/01/2022

ಈ ರೂಪು ಅಭಿಮತ, ಅನುಭವ ಪಡೆದವರಿಗೆ ಇವು ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಖಕ್ಕೆ ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಅನುಭವಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

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

ವೈದ್ಯಕೀಕ ಸೇವಾ ಒಳ
Consultation Doctors Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/Comment

ರೋಗಿ ಒಳಗೆ ಉಪಚರಣೆ ಅನುಭವ
Relief from the treatment given to the disease
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/Comment

ಪರಿಶೋಧನೆ / ಉಪಚರಣೆ
Emergency/Casualty
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/Comment

ನೋಯಿಸು ಸೇವಾ ಒಳ
Nursing Care Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/Comment

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗ ಸೇವಾ
Operation Theatre Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/Comment

ಲೇಬರ್ ವಿಭಾಗ ಸೇವಾ
Labour Theatre Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/Comment

ಉಪಚರಣೆ ಸೇವಾ ಒಳ
House Keeping Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/Comment

ಉಪಚರಣೆ ವಿಭಾಗ ಸೇವಾ
Insurance Department Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/Comment

ಸುಗಮ ಕೌಂಟರ್ ಸೇವಾ
Reception Counter Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/Comment

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಪರ್ಕ ಅಧಿಕಾರಿ
Public Relationship Officer
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please Describe/Comment

ವೈದ್ಯಕೀಕ ವಿಭಾಗ ಸೇವಾ
Physician Service
 ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ
 Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/Comment

ಲಕ್ಷ/ಮಲ/ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷಾ
ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ
Laboratory Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ನಿರ್ಣಯ ಸೇವೆ
USG Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಎಕ್ಸ್-ರೇ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
X-Ray Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಸಿ.ಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆ
C.T Scanning Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಇ.ಸಿ.ಜಿ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
ECG Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಭೌತಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
Physiotherapy Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಒಟ್ಟಾರೆ ಅನುಭವ
Overall Experience

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಇತರ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ /Other Services

ಕುಡಿಯುವ ನೀರು/Drinking Water

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

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

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಶುಚಿತ್ವ/Cleanliness

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಕ್ಯಾಂಟೀನ್/Canteen

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್/Ambulance

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಒಟ್ಟಾರೆಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಒಟ್ಟಾರೆಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ : All staff

ಒಟ್ಟಾರೆಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದಿದ್ದರೆ ಆ ಒಟ್ಟಾರೆಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

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

ನಿಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಿ ಮಾಯವಿರಾ

We you recommend our hospital to your friends and family

Yes/ಹೌದು

No/ಇಲ್ಲ

ಅನುಸಂಕೇತ
Comments

Well maintained, keep the Good work 😊

ಅನುಸಂಕೇತ/ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದವರು
Feedback Submitted by

Patient/ರೋಗಿ

Patient Relative/ರೋಗಿ ಸಂಬಂಧಿ

Staff/ಒಟ್ಟಾರಿ