

SHARE YOUR EXPERIENCE

ನಿಮ್ಮ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ

OFFICE USE

IP No.:

OP No.:



SRI DHARMASTHALA MANJUNATHESHWARA HOSPITAL, UJIRE

ಒಳರೋಗಿ ಅನುಭವ ಪತ್ರ / IN PATIENT FEED BACK FORM

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ : ಶಿವಾಜು ಶಿವಣ್ಣ ಹೈನ್‌ಕೋಟ್ ಚಿತ್ರಂಗಡಿ
Patient Name and Address

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ/Phone Number : _____ ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ/Admission Date 20/04/2022

ಎಸ್.ಡಿ.ಎಂ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನಾವು ನಿಮಗೆ ಧನ್ಯವಾದ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ಆರೋಚಕ/ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ಸಮಗ್ರ 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.

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

Please describe/ comment:

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

Please describe/ comment:

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

Please describe/ comment:

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

Please describe/ comment:

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

Please describe/ comment:

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

Please describe/ comment:

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

Please describe/ comment:

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

Please describe/ comment:

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

Please describe/ comment:

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

Please Describe/ comment:

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

Please describe/ comment:

ರಕ್ತ/ಮಲ/ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷಾ
ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ

Laboratory Service

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆತ್ಮತ್ಸವು ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಸ್ವಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆ

USG Service

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆತ್ಮತ್ಸವು ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಎಕ್ಸ್-ರೇ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ

X-Ray Service

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆತ್ಮತ್ಸವು ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಸಿ.ಟಿ ಸ್ವಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆ

C.T Scanning Service

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆತ್ಮತ್ಸವು ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಇ.ಸಿ.ಜಿ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ

ECG Service

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆತ್ಮತ್ಸವು ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಭೌತಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ

Physiotherapy Service

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆತ್ಮತ್ಸವು ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಒಟ್ಟಾರೆ ಅನುಭವ

Overall Experience

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆತ್ಮತ್ಸವು ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಇತರ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ /Other Services

ಕುಡಿಯುವ ನೀರು/Drinking Water

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆತ್ಮತ್ಸವು ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Fan, AC, Lights, Water Facilities

ಫ್ಯಾನ್, ಎ.ಸಿ, ಲೈಟ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆ

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆತ್ಮತ್ಸವು ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಶುಚಿತ್ವ/Cleanliness

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆತ್ಮತ್ಸವು ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಕ್ಯಾಂಟೀನ್/Canteen

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆತ್ಮತ್ಸವು ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್/Ambulance

Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆತ್ಮತ್ಸವು ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಒಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಒಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

ನಾಶೀರ್ ಜಲೀಲಿ

ಒಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಆ ಒಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

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

ನಿಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ವಿಚಾರಿಸು ಮಾಡುವಿರಾ

We you recommend our hospital to your friends and family

Yes/ಹೌದು No/ಇಲ್ಲ

ಅನುಕೇಗಳು

Comments

Good services to all members in hospital

ಅನುಕೇ/ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿರುವವರು

Feedback Submitted by

Patient/ರೋಗಿ Patient Relative/ರೋಗಿ ಸಂಬಂಧಿ Staff/ಒಬ್ಬಂದಿ

Signature