

SHARE YOUR EXPERIENCE  
ನಿಮ್ಮ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ

OFFICE USE	
IP No.:	
OP No.:	



SRI DHARMASTHALA MANJUNATHESHWARA HOSPITAL, UJIRE

**ಒಳರೋಗಿ ಅನುಕೇ ಪತ್ರ / IN PATIENT FEED BACK FORM**

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ : ಬೀ.ತಾ. ಹೊಸಕೋಟೆ ಮನೆ ತಿಟ್ಟೇನೋ  
Patient Name and Address

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ / Phone Number : [Redacted] ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ / Admission Date 21/04/2022

ಎಸ್.ಡಿ.ಎಂ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾವು ನಿಮಗೆ ಧನ್ಯವಾದ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಕಳುಹಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ/ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಸಮಗ್ರ ಅನುಭವವಾಗಿ 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/remark:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Please describe/remark:

ರಕ್ತ/ಮಲ/ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷಾ  
ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ  
Laboratory Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ದರ್ಶಿಸಿ:

ಸ್ವಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆ  
USG Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ದರ್ಶಿಸಿ:

ಎಕ್ಸ್-ರೇ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ  
X-Ray Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ದರ್ಶಿಸಿ:

ಸಿ.ಟಿ ಸ್ವಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆ  
C.T Scanning Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ದರ್ಶಿಸಿ:

ಇ.ಸಿ.ಟಿ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ  
ECG Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ದರ್ಶಿಸಿ:

ಫಿಸಿಯೋಟೆರಪ್ಯಾ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ  
Physiotherapy Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ದರ್ಶಿಸಿ:

ಒಟ್ಟಾರೆ ಅನುಭವ  
Overall Experience

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ದರ್ಶಿಸಿ:

ಇತರ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ /Other Services

ಕುಡಿಯುವ ನೀರು/Drinking Water

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ದರ್ಶಿಸಿ:

Fan, AC, Lights, Water Facilities  
ಫ್ಯಾನ್, ಎ.ಸಿ, ಲೈಟ್ಸ್, ಜಲಸೃಷ್ಟಿ

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ದರ್ಶಿಸಿ:

ಪುಚ್ಚ/Cleanliness

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ದರ್ಶಿಸಿ:

ಕ್ಯಾಂಟೀನ್ /Canteen

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ದರ್ಶಿಸಿ:

ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್/Ambulance

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ

Please describe/ದರ್ಶಿಸಿ:

ಒಂದು ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಒಂದು ಸೇವೆಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

ಒಂದು ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಒಂದು ಸೇವೆಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

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

ನಿಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ತಿಳಿಸಲು ಮಾರ್ಗವಿದಾ  
We you recommend our hospital to your friends and family  Yes/ಹೌದು  No/ಇಲ್ಲ

ಅನುಕರಣೆ:   
Comments

ಅನುಕರಣೆ/ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದವರು  Patient/ರೋಗಿ  Patient Relative/ರೋಗಿಯ ಸಂಬಂಧಿ  Staff/ಒಂದು  
Feedback Submitted by Signature