

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 : ಮಾಣಿಗುಮ್ಮಾ
Patient Name and Address

ದೂರವಾಗಿ ಸಂಖ್ಯೆ / Phone Number : _____ ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ / Admission Date _____

ಎಸ್.ಡಿ.ಎಂ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನಾವು ನಿಮಗೆ ಧನ್ಯವಾದ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತೇವೆ ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ/ಆಧಿಪತ್ಯಯಗಳು 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

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

Please describe/comment:

ರೋಗಕ್ಕೆ ಕೊಟ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಅನುಕೂಲ
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:

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

Please describe/comment:

ಶಸ್ತ್ರ 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:

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

Please describe/comment:

ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ 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/ವರ್ಣಿಸಿ:

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಸ್ವಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆ
USG Service
Please describe/ವರ್ಣಿಸಿ:

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಎಕ್ಸ್-ರೇ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
X-Ray Service
Please describe/ವರ್ಣಿಸಿ:

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಸಿ.ಟಿ ಸ್ವಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆ
C.T Scanning Service
Please describe/ವರ್ಣಿಸಿ:

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಇ.ಸಿ.ಬಿ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
ECG Service
Please describe/ವರ್ಣಿಸಿ:

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಫೌತಟಿಕತ್ವಾ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
Physiotherapy Service
Please describe/ವರ್ಣಿಸಿ:

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಒಟ್ಟಾರೆ ಅನುಭವ
Overall Experience
Please describe/ವರ್ಣಿಸಿ:

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಇತರ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ /Other Services

ಕುಡಿಯುವ ನೀರು/Drinking Water
Please describe/ವರ್ಣಿಸಿ:

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

Fan, AC, Lights, Water Facilities
ಫ್ಯಾನ್, ಎ.ಸಿ, ಲೈಟ್ಸ್, ಪ್ಲಂಬಿಂಗ್
Please describe/ವರ್ಣಿಸಿ:

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಪುಚ್ಚು/Cleanliness
Please describe/ವರ್ಣಿಸಿ:

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಕ್ಯಾಂಟೀನ್/Canteen
Please describe/ವರ್ಣಿಸಿ:

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್/Ambulance
Please describe/ವರ್ಣಿಸಿ:

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ

ಒಟ್ಟಾರೆಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಒಟ್ಟಾರೆಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ : *All Staffs good.*
ಒಟ್ಟಾರೆಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಆ ಒಟ್ಟಾರೆಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

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

ನಿಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಶಿಫಾರಸ್ಸು 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/ಒಟ್ಟಾರೆಯ
Signature