

SHARE YOUR EXPERIENCE

ನಿಮ್ಮ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ

OFFICE USE

IP No.:

OP No.:



SRI DHARMASTHALA MANJUNATHESHWARA HOSPITAL, UJIRE

ಬಳರೋಗಿ ಅನುಭವ ಪತ್ರ / IN PATIENT FEED BACK FORM

03/01/23

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ :

Patient Name and Address

Dyuth

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ / Phone Number :

ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ / Admission Date

ಎಸ್.ಡಿ.ಎಂ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನಾವು ನಿಮಗೆ ಧನ್ಯವಾದ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತೇವೆ ನಿಮ್ಮ ಆಲೋಚನೆ/ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ನಮಗೆ 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

ವೈದ್ಯಕರ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ

Consultation Doctors Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ
Excellent



ಉತ್ತಮ
Good



ತೃಪ್ತಿಕರ
Satisfied



ಕನಿಷ್ಠ
Poor



Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ರೋಗಕ್ಕೆ ಕೊಟ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಅನುಕೂಲ
Relief from the treatment
given to the disease

ಅತ್ಯುತ್ತಮ
Excellent



ಉತ್ತಮ
Good



ತೃಪ್ತಿಕರ
Satisfied



ಕನಿಷ್ಠ
Poor



Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ತುರ್ತು/ಅಪಘಾತ
Emergency/Casualty

ಅತ್ಯುತ್ತಮ
Excellent



ಉತ್ತಮ
Good



ತೃಪ್ತಿಕರ
Satisfied



ಕನಿಷ್ಠ
Poor



Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ದಾದಿಯರ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ
Nursing Care Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ
Excellent



ಉತ್ತಮ
Good



ತೃಪ್ತಿಕರ
Satisfied



ಕನಿಷ್ಠ
Poor



Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
Operation Theatre Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ
Excellent



ಉತ್ತಮ
Good



ತೃಪ್ತಿಕರ
Satisfied



ಕನಿಷ್ಠ
Poor



Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಹೆರಿಗೆ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
Labour Theatre Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ
Excellent



ಉತ್ತಮ
Good



ತೃಪ್ತಿಕರ
Satisfied



ಕನಿಷ್ಠ
Poor



Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಆಯಾಕರ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ
House Keeping Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ
Excellent



ಉತ್ತಮ
Good



ತೃಪ್ತಿಕರ
Satisfied



ಕನಿಷ್ಠ
Poor



Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಇನ್‌ಶೂರೆನ್ಸ್ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
Insurance Department Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ
Excellent



ಉತ್ತಮ
Good



ತೃಪ್ತಿಕರ
Satisfied



ಕನಿಷ್ಠ
Poor



Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಸ್ವಾಗತ ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ
Reception Counter Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ
Excellent



ಉತ್ತಮ
Good



ತೃಪ್ತಿಕರ
Satisfied



ಕನಿಷ್ಠ
Poor



Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಪರ್ಕ ಅಧಿಕಾರಿ
Public Relationship Officer

ಅತ್ಯುತ್ತಮ
Excellent



ಉತ್ತಮ
Good



ತೃಪ್ತಿಕರ
Satisfied



ಕನಿಷ್ಠ
Poor



Please Describe/ವಿವರಿಸಿ:

ಔಷಧ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
Pharmacy Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ
Excellent



ಉತ್ತಮ
Good



ತೃಪ್ತಿಕರ
Satisfied



ಕನಿಷ್ಠ
Poor



Please describe/ವಿವರಿಸಿ:

ರಕ್ತ/ಮಲ/ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷಾ ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ
Laboratory Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆ
USG Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಎಕ್ಸ್-ರೇ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
X-Ray Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸಿ.ಟಿ ಸ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆ
C.T Scanning Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಇ.ಸಿ.ಜಿ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
ECG Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಭೌತಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ
Physiotherapy Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಒಟ್ಟಾರೆ ಅನುಭವ
Overall Experience

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಇತರ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ /Other Services

ಕುಡಿಯುವ ನೀರು/Drinking Water

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

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

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಶುಚಿತ್ವ/Cleanliness

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಕ್ಯಾಂಟೀನ್/Canteen

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್/Ambulance

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸುಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಸುಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

ಸುಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಆ ಸುಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

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

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

ಅನಿಸಿಕೆಗಳು
Comments

ಅನಿಸಿಕೆ/ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದವರು
Feedback Submitted by

Patient/ರೋಗಿ Patient Relative/ರೋಗಿ ಸಂಬಂಧಿ Staff/ಸುಬ್ಬಂದಿ

ಅಜಿತ

ಅಕ್ಷ

Signature

ಅಕ್ಷ