

SHARE YOUR EXPERIENCE

ನಿಮ್ಮ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ

OFFICE USE

IP No.:

OP No.:



**SRI DHARMASTHALA MANJUNATHESHWARA HOSPITAL, UJIRE**

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

28/01/23

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ :

Patient Name and Address

Gopri Nalko

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ/Phone Number :

ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ/Admission Date

24-1-23

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

ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ

Consultation Doctors Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ



Excellent

ಉತ್ತಮ



Good

ತೃಪ್ತಿಕರ



Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ



Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ರೋಗಕ್ಕೆ ಕೊಟ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಅನುಕೂಲ

Relief from the treatment given to the disease

ಅತ್ಯುತ್ತಮ



Excellent

ಉತ್ತಮ



Good

ತೃಪ್ತಿಕರ



Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ



Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ತುರ್ತು/ಅಪಘಾತ

Emergency/Casualty

ಅತ್ಯುತ್ತಮ



Excellent

ಉತ್ತಮ



Good

ತೃಪ್ತಿಕರ



Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ



Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ದಾಡಿಯರ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ

Nursing Care Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ



Excellent

ಉತ್ತಮ



Good

ತೃಪ್ತಿಕರ



Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ



Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ

Operation Theatre Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ



Excellent

ಉತ್ತಮ



Good

ತೃಪ್ತಿಕರ



Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ



Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಹೆರಿಗೆ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ

Labour Theatre Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ



Excellent

ಉತ್ತಮ



Good

ತೃಪ್ತಿಕರ



Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ



Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಆಯಾಗಳ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ

House Keeping Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ



Excellent

ಉತ್ತಮ



Good

ತೃಪ್ತಿಕರ



Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ



Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ

Insurance Department Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ



Excellent

ಉತ್ತಮ



Good

ತೃಪ್ತಿಕರ



Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ



Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸ್ವಾಗತ ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ

Reception Counter Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ



Excellent

ಉತ್ತಮ



Good

ತೃಪ್ತಿಕರ



Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ



Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಪರ್ಕ ಅಧಿಕಾರಿ

Public Relationship Officer

ಅತ್ಯುತ್ತಮ



Excellent

ಉತ್ತಮ



Good

ತೃಪ್ತಿಕರ



Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ



Poor

Please Describe/ವಿವರಣೆ:

ಔಷಧ ವಿಭಾಗದ ಸೇವೆ

Pharmacy Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ



Excellent

ಉತ್ತಮ



Good

ತೃಪ್ತಿಕರ



Satisfied

ಕನಿಷ್ಠ



Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:



ರಕ್ತ/ಮಲ/ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷಾ ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ

Laboratory Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸ್ಯಾನ್‌ನಿಂಗ್ 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 ಸ್ಯಾನ್‌ನಿಂಗ್ ಸೇವೆ

C.T Scanning Service

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಇ.ಸಿ.ಬಿ 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:

ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್/Ambulance

ಅತ್ಯುತ್ತಮ  ಉತ್ತಮ  ತೃಪ್ತಿಕರ  ಕನಿಷ್ಠ   
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :  
ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದಂತೆ ಸೇವೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ 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

ಒಬ್ಬಾ ಒತ್ತಾಯ ನೋಡುಗಲು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯುನಿಗಿಲ್ಲ.  
ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸೇವೆ ನೀಡಬೇಕು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಸೇವೆ ನೀಡಬೇಕು.

ಅನಿಸಿಕೆ/ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದವರು

Feedback Submitted by

Patient/ರೋಗಿ  Patient Relative/ರೋಗಿ ಸಂಬಂಧಿ  Staff/ಸಿಬ್ಬಂದಿ

Signature

Genarathi