

SHARE YOUR EXPERIENCE
ನಿಮ್ಮ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ

OFFICE USE	
IP No.:	
OP No.:	



SRI DHARMASTHALA MANJUNATHESHWARA MULTI SPECIALITY HOSPITAL, UJIRE

TP24-4431 ಒಳರೋಗಿ ಅನಿರೀಕ್ಷೆ ಪತ್ರ / IN PATIENT FEED BACK FORM 03/9/24

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ : Rathna R
Patient Name and Address

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ/Phone Number : 9483527419 ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ/Admission Date 31/8/24

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 ಉತ್ತಮ ತೃಪ್ತಿಕರ ಕನಿಷ್ಠ
Excellent Good Satisfied Poor

Please describe/ವಿವರಣೆ:

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

Please describe/ವಿವರಣೆ:

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

Please describe/ವಿವರಣೆ:

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

Please describe/ವಿವರಣೆ:

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

Please describe/ವಿವರಣೆ:

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

Please describe/ವಿವರಣೆ:

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

Please describe/ವಿವರಣೆ:

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

Please describe/ವಿವರಣೆ:

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

Please describe/ವಿವರಣೆ:

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

Please Describe/ವಿವರಣೆ:

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

Please describe/ವಿವರಣೆ:

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, ಎಸಿ, 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:

ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ : ನಿರೀಕ್ಷೆ, ದಾಖಲೆ, ಚಿಕಿತ್ಸಾ, ನರ್ಸ್, ಇಂಜಿನಿಯರ್, ಲ್ಯಾಬ್, ಫಿಜಿಯೋ, ಕೃಷಿ, ಕಾನೂನು, ಸಂಶೋಧಕರು.

ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು & ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ :

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

ನಿಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡುವಿರಾ

We you recommend our hospital to your friends and family

Yes/ಹೌದು

No/ಇಲ್ಲ

ಅನಿಸಿಕೆಗಳು
Comments

ನಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರಿಗೆ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡುವಿರಾ

ಅನಿಸಿಕೆ/ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದವರು
Feedback Submitted by

Patient/ರೋಗಿ

Patient Relative/ರೋಗಿ ಸಂಬಂಧಿ

Staff/ಸಿಬ್ಬಂದಿ

D. Kalthan

H. Jayaram

Signature