



**Shirdi Sai Hospital Pvt. Ltd.,**

# 519, 2nd Main, Nethravathi Street, Devasandra, New BEL Road, Bangalore - 560054. Ph. : 42719999

೨೦೩

**PATIENT FEEDBACK FORM / ರೋಗಿಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ರೂಪ**

Name / ಹೆಸರು ..... Deepa H.N. ..... Mobile No./ ದೂ.ಸಂಖ್ಯೆ ..... 988 6600897 ..... 8133333333

Date of Visit / ಆಗಮಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ ..... MR No. / ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ .....

**HOW WOULD YOU RATE US AT THE / ನಮ್ಮನ್ನು ಹೇಗೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವಿರಿ**

	Excellent ಶ್ರೇಷ್ಠ	Good ಉತ್ತಮ	Fair ಶೇಕಡವಾರು	Poor ಕಡಿಮೆ
1. Appointment System ವೈದ್ಯರ ಭೇಟಿಯ ಸಮಯ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. The Registration facilities ನೋಂದಣಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Service of attending Doctors ಭೇಟಿ ಮಾಡಿದ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Service of Nursing Staff ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಹಾಯಕ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಸೇವೆ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Service of Housekeeping Staff ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದ ಸೇವೆ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Cleanliness of the hospital ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸ್ವಚ್ಛತೆ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Any employee with a special mention ಯಾವುದಾದರೂ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ವಿಶೇಷತೆಯನ್ನು ತಿಳಿಸಲು ಇಚ್ಛಿಸುವಿರಾ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Patient Satisfaction

ರೋಗಿಗೆ ತೃಪ್ತಿ

ALL Staff - Good

Comments / suggestion to improve our Hospital

ನಿಮ್ಮ ಸಲಹೆ / ಸೂಚನೆಗಳು

Thank you for giving us the opportunity to serve you. We at **Shirdi Sai Hospital**, constantly strive to match our services to the expectations of our patients. We would like you to share your opinion with us on the various services of our Hospital

ನಿಮ್ಮ ಸೇವೆ ಮಾಡಲು ಅವಕಾಶ ಕೊಟ್ಟಿದ್ದಕ್ಕಾಗಿ ಧನ್ಯವಾದಗಳು. ನಾವು ಶಿರಡಿ ಸಾಯಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯವರು ನಿಮಗೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆಯನ್ನು ಕೊಡಲು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇವೆ. ನಾವು ನಿಮ್ಮ ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಒಳ್ಳೆಯ ಸೇವೆಗಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತೇವೆ.

We value your opinion, kindly complete the feedback form. It will help us to improve and evaluate our services

ನಾವು ನಿಮ್ಮ ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಗೌರವಿಸುತ್ತೇವೆ, ನಮ್ಮ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಿ, ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯೀಕರಿಸಲು ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿ.