



Shirdi Sai Hospital Pvt. Ltd.,
519, 2nd Main, Nethravathi Street, Devasandra, New BEL Road, Bangalore - 560054.Ph. : 42719999

PATIENT FEEDBACK FORM / ರೋಗಿಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ರೂಪ

Name / ಹೆಸರು The. Shol Sai Reddy's Mobile No./ ದೂ.ಸಂಖ್ಯೆ 9743911027

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

HOW WOULD YOU RATE US AT THE / ನಮ್ಮನ್ನು ಹೇಗೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ

	Excellent	Good	Fair	Poor
--	-----------	------	------	------

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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Service of attending Doctors ಭೇಟಿ ಮಾಡಿದ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Service of Nursing Staff ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಹಾಯಕ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಸೇವೆ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Service of Housekeeping Staff ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದ ಸೇವೆ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Cleanliness of the hospital ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸ್ವಚ್ಛತೆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

7. Any employee with a special mention ಯಾವುದಾದರೂ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ವಿಶೇಷತೆಯನ್ನು ತಿಳಿಸಲು ಇಚ್ಛಿಸುವಿರಾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. Patient Satisfaction ರೋಗಿಗೆ ತೃಪ್ತಿ	Good			
--	------	--	--	--

Any comments / suggestion to improve our Hospital
ನಮ್ಮ ಸಲಹೆ / ಸೂಚನೆಗಳು
Excellent service to come

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

ನಮ್ಮ ಸೇವೆ ಮಾದಲು ಅವಕಾಶ ಕೊಟ್ಟಿದ್ದಕ್ಕಾಗಿ ಧನ್ಯವಾದಗಳು. ನಾವು ತಿಳಿದ ಸಾಯ 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 ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಲು ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯೀಕರಿಸಲು ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ.
ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿ.