



Shirdi Sai Hospital Pvt. Ltd.,

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

Room 207

PATIENT FEEDBACK FORM / ರೋಗಿಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ರೂಪ

Name / ಹೆಸರು *A. Sainishanth* Mobile No./ ದೂ.ಸಂಖ್ಯೆ *8374696431*

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

HOW WOULD YOU RATE US AT THE / ನಮ್ಮನ್ನು ಹೇಗೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವಿರಿ

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

Comments / suggestion to improve our Hospital
ನಿಮ್ಮ ಸಲಹೆ / ಸೂಚನೆಗಳು

All staff good.

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.