

CSMSS
AYURVED MAHAVIDYALAYA
Kanchanwadi, Aurangabad.
(ISO: 9001-2015)

Form No.8

रुग्ण प्रतिक्रिया पत्रक

दिनांक:-

नाव: _____ बाह्य रुग्ण क्रं: _____
वय: _____ आंतर रुग्ण क्रं: _____
पत्ता: _____ विभाग: _____
संपर्क: _____ बाह्य निर्गमन दि. _____

* योग्य ठिकाणी चिह्न घावे.

अ.क्र.	रुग्ण अभिप्राय प्रक्रिया	उत्तम	साधारण	असमाधानकारक
1	रुग्ण नोंदणी प्रक्रिया			
2	बाह्य रुग्ण विभाग / आंतररुग्ण विभाग } निवास व्यवस्था			
3	रुग्णालयातील परिचारिका व इतर कर्मचाऱ्यांची वागणुक			
4	औषधी वितरण व्यवस्था			
5	उपहार गृह व जल व्यवस्था			
6	उपचाराच्या गुणवत्तेबद्दल तुमचा अनुभव			
7	वैद्यांविषयीचा तुमचा अनुभव			
8	पंचकर्म व इतर उपचारा दरम्यान आलेला तुमचा अनुभव			
9	रुग्णालय व परिसरातील स्वच्छता			
10	उपचार शुल्क (खर्च) विषयक अनुभव			
याव्यतिरिक्त विशेष अनुभव व सुचना:-				

रुग्णांची सही / अंगठा

मो.नं.

ई-मेल-