

সম্মানিত রোগী/রোগীর স্বজন,

আপনার মূল্যবান মতামত আমাদের সেবার মান উন্নয়নে সহায়তা করবে। অনুগ্রহ করে নিচের প্রশ্নগুলোর উত্তর দিন এবং উপযুক্ত ঘরে (✓) চিহ্ন দিন।

তারিখ: _____

রোগী/স্বজনের নাম:

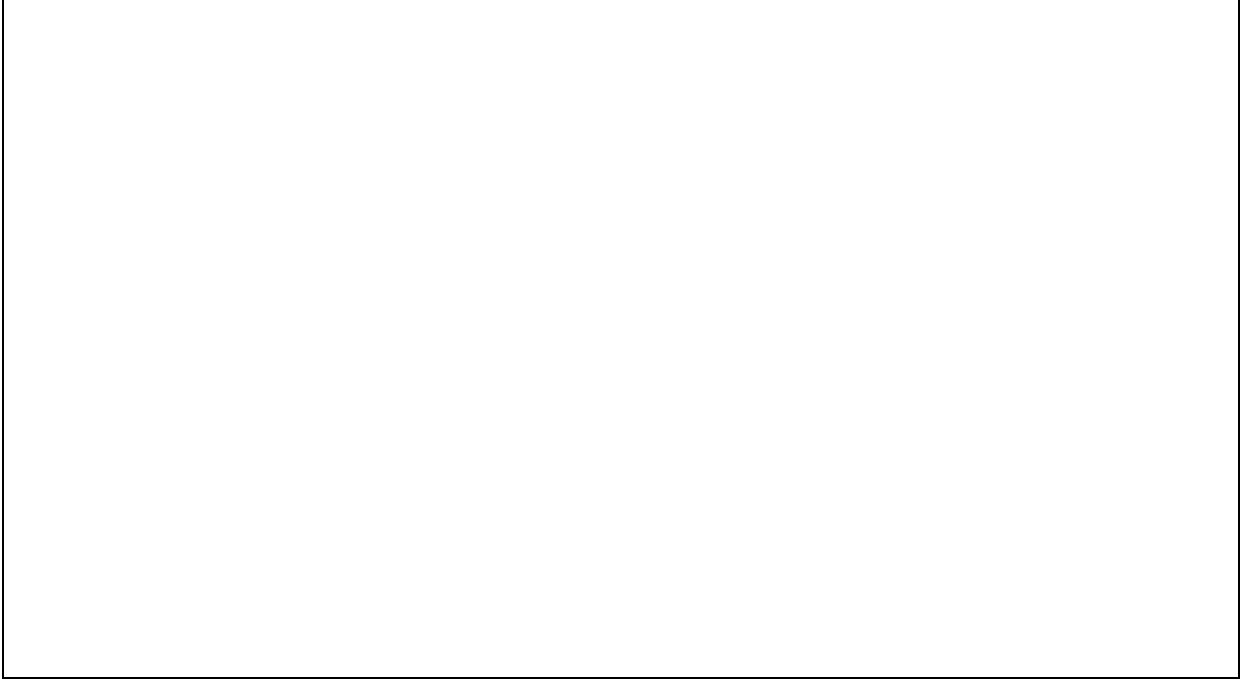
ফোন নম্বর:

যোগাযোগের ঠিকানা:

বিঃ দ্রঃ সুনির্দিষ্ট অভিযোগ থাকলে অভিযোগ তদন্তের সুবিধার্থে অবশ্যই আপনার নাম, ফোন নম্বর দিন।

- | | |
|---|------------|
| ১ রেজিস্ট্রেশন প্রক্রিয়া কি সহজ ও সুশৃঙ্খল ছিল? | হ্যাঁ না |
| ২ আপনি কি যুক্তিসঙ্গত সময়ের মধ্যে চিকিৎসা সেবা পেয়েছেন? | হ্যাঁ না |
| ৩ ডাক্তার ও স্বাস্থ্যকর্মীরা কি আপনার সাথে সম্মানজনক আচরণ করেছেন? | হ্যাঁ না |
| ৪ হাসপাতালের কর্মীরা কি সহযোগিতাপূর্ণ ও সহায়ক ছিলেন? | হ্যাঁ না |
| ৫ ডাক্তার কি রোগ ও চিকিৎসা সম্পর্কে পরিষ্কারভাবে ব্যাখ্যা করেছেন? | হ্যাঁ না |
| ৬ স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সটি কি পরিষ্কার ও স্বাস্থ্যসম্মত ছিল? | হ্যাঁ না |
| ৭ টয়লেট/ওয়াশরুম কি ব্যবহার উপযোগী ছিল? | হ্যাঁ না |
| ৮ হাসপাতাল থেকে সরবরাহকৃত ওষুধের পরিমাণ কি সন্তোষজনক ছিল ? | হ্যাঁ না |
| ৯ স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে আপনি কি নিরাপদ ও স্বচ্ছন্দ্যবোধ করেছেন? | হ্যাঁ না |
| ১০ স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সের সার্বিক সেবায় আপনি কি সন্তুষ্ট? | হ্যাঁ না |

এছাড়াও অন্য কোনো সুপারিশ থাকলে নিচের বক্সে লিখিত আকারে পরামর্শ প্রদান করুন



আপনার মূল্যবান মতামতের জন্য ধন্যবাদ।

আপনার মতামত আমাদের স্বাস্থ্যসেবার মান উন্নয়নে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখবে।