



SKK AYURVEDA





(C-2/95, Janak Puri, Delhi-110058)

Feedback Form (प्रतिक्रिया फॉर्म)

Name/नाम : Divya Ahlawat Age(आयु) / sex(लिंग) : 12 / Female Date: 14/4/21
OPD: 7.01.8 DAY CARE : _____ UHID No. 3163
Phone No./ फोन नं.: 8368141744 Email / ईमेल : physical.paveen@gmail.com
Name of Doctor /डॉक्टर का नाम: Dr. Ravi Gupta

We would like to know your opinion and would appreciate if you could spare your valuable time in providing us your feedback regarding various aspects of medical care and treatment that you experienced at SKK Ayurveda.

आपकी राय हमारे लिए महत्वपूर्ण है। अपने मूल्यवान समय से कुछ क्षण निकाल कर कृपया अपनी चिकित्सा के विभिन्न पहलुओं के बारे में प्रतिक्रिया प्रदान करें जो आपने हमारे यहाँ इलाज के दौरान अनुभव किया।

Sr. No.	Please tick appropriate option regarding your experience-	 Bad	 Average	 Good	 Excellent
1	Experience while inquiring for services and booking appointment सेवाओं और बुकिंग के लिए पूछताछ करते समय आप का अनुभव			<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Courtesy shown and timely response by front office रिसेप्शन द्वारा समय पर प्रतिक्रिया दी गयी तथा शिष्टाचार दिखाया गया				<input checked="" type="checkbox"/>
3	Time given by the Dr. for understanding your problems डॉक्टर द्वारा आपकी समस्या को समझने के लिए समय दिया गया			<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Explaining different therapies & duration of treatment by Dr. डॉक्टर द्वारा उपचार व उपचार अवधि के बारे में बताया गया			<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Explaining the method of medicine intake by Dr. डॉक्टर द्वारा दवा सेवन विधि के बारे में बताया गया			<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Explaining different therapies & their rates by Dr. आपको विभिन्न उपचारों की दरों के बारे में बताया गया			<input checked="" type="checkbox"/>	
7	Courtesy shown by therapist & his / her behavior, punctuality थेरेपिस्ट का बर्ताव व अनुशासन कैसा था			<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Skills of therapist & care given by him / her थेरेपिस्ट ने उपचार सही प्रकार दिया			<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Cleanliness of treatment room & available services उपचार कक्ष की सफाई से आप संतुष्ट हैं			<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Center's atmosphere & over all experience आप का पूर्ण अनुभव चिकित्सा आवधि के दौरान कैसा रहा			<input checked="" type="checkbox"/>	

Your comments / आपके सुझाव

Therapy given to Divya was good and she is now feeling better. Therapist and Doctors are all supportive. But some ~~inter~~ equipments B.P machine, oxymeter had to be changed.

Iniquity
Signature (receptionist)

Paveen
Signature (Patient /Guardian)

**SKK AYURVEDA**





(C-2/95, Janak Puri, Delhi-110058)

Feedback Form (प्रतिक्रिया फॉर्म)

Name/नाम : Supriya Sharma Age(आयु) / sex(लिंग) : F Date: 15th Apr '2021
OPD: 7127 DAY CARE : UHID No. SKK/832
Phone No./ फोन नं.: 8860754953 Email / ईमेल :
Name of Doctor / डॉक्टर का नाम: Dr. Tarun Gupta

We would like to know your opinion and would appreciate if you could spare your valuable time in providing us your feedback regarding various aspects of medical care and treatment that you experienced at SKK Ayurveda.

आपकी राय हमारे लिए महत्त्वपूर्ण है। अपने मूल्यवान समय से कुछ क्षण निकाल कर कृपया अपनी चिकित्सा के विभिन्न पहलुओं के बारे में प्रतिक्रिया प्रदान करें जो आपने हमारे यहाँ इलाज के दौरान अनुभव किया।

Sr. No.	Please tick appropriate option regarding your experience-				
1	Experience while inquiring for services and booking appointment सेवाओं और बुकिंग के लिए पूछताछ करते समय आप का अनुभव			✓	
2	Courtesy shown and timely response by front office रिसेप्शन द्वारा समय पर प्रतिक्रिया दी गयी तथा शिष्टाचार दिखाया गया			✓	
3	Time given by the Dr. for understanding your problems डॉक्टर द्वारा आपकी समस्या को समझने के लिए समय दिया गया				✓
4	Explaining different therapies & duration of treatment by Dr. डॉक्टर द्वारा उपचार व उपचार अवधि के बारे में बताया गया				✓
5	Explaining the method of medicine intake by Dr. डॉक्टर द्वारा दवा सेवन विधि के बारे में बताया गया				✓
6	Explaining different therapies & their rates by Dr. आपको विभिन्न उपचारों की दरों के बारे में बताया गया				✓
7	Courtesy shown by therapist & his / her behavior, punctuality थेरेपिस्ट का बर्ताव व अनुशासन कैसा था			✓	
8	Skills of therapist & care given by him / her थेरेपिस्ट ने उपचार सही प्रकार दिया				✓
9	Cleanliness of treatment room & available services उपचार कक्ष की सफाई से आप संतुष्ट हैं				✓
10	Center's atmosphere & over all experience आप का पूर्ण अनुभव चिकित्सा आवधि के दौरान कैसा रहा				✓

Your comments / आपके सुझाव

Signature (receptionist)

Signature (Patient /Guardian)





**SKK AYURVEDA**

(C-2/95, Janak Puri, Delhi-110058)

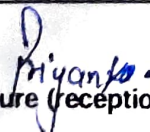

Feedback Form (प्रतिक्रिया फॉर्म)Name/नाम: Poonam Vats Age(आयु) / sex(लिंग) 48 / F Date: 14/4/21OPD: 2081 DAY CARE: _____ UHID No. SKK/53Phone No./ फोन नं.: 9210090513 Email / ईमेल: _____Name of Doctor / डॉक्टर का नाम: Dr. Tarun Gupta

We would like to know your opinion and would appreciate if you could spare your valuable time in providing us your feedback regarding various aspects of medical care and treatment that you experienced at SKK Ayurveda.

आपकी राय हमारे लिए महत्त्वपूर्ण है। अपने मूल्यवान समय से कुछ क्षण निकाल कर कृपया अपनी चिकित्सा के विभिन्न पहलुओं के बारे में प्रतिक्रिया प्रदान करें जो आपने हमारे यहाँ इलाज के दौरान अनुभव किया।

Sr. No.	Please tick appropriate option regarding your experience-	 Bad	 Average	 Good	 Excellent
1	Experience while inquiring for services and booking appointment सेवाओं और बुकिंग के लिए पूछताछ करते समय आप का अनुभव			<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Courtesy shown and timely response by front office रिसेप्शन द्वारा समय पर प्रतिक्रिया दी गयी तथा शिष्टाचार दिखाया गया				<input checked="" type="checkbox"/>
3	Time given by the Dr. for understanding your problems डॉक्टर द्वारा आपकी समस्या को समझने के लिए समय दिया गया			<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Explaining different therapies & duration of treatment by Dr. डॉक्टर द्वारा उपचार व उपचार अवधि के बारे में बताया गया			<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Explaining the method of medicine intake by Dr. डॉक्टर द्वारा दवा सेवन विधि के बारे में बताया गया			<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Explaining different therapies & their rates by Dr. आपको विभिन्न उपचारों की दरों के बारे में बताया गया				<input checked="" type="checkbox"/>
7	Courtesy shown by therapist & his / her behavior, punctuality थेरेपिस्ट का बर्ताव व अनुशासन कैसा था				<input checked="" type="checkbox"/>
8	Skills of therapist & care given by him / her थेरेपिस्ट ने उपचार सही प्रकार दिया			<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Cleanliness of treatment room & available services उपचार कक्ष की सफाई से आप संतुष्ट हैं			<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Center's atmosphere & over all experience आप का पूर्ण अनुभव चिकित्सा आवधि के दौरान कैसा रहा				<input checked="" type="checkbox"/>

Your comments / आपके सुझाव

Signature (receptionist)
Signature (Patient /Guardian)




SKK AYURVEDA





(C-2/95, Janak Puri, Delhi-110058)

Feedback Form (प्रतिक्रिया फॉर्म)

Name/नाम : Sushma Gupta Age(आयु) / sex(लिंग) 56 / F Date: 14/9/21
OPD: 6253 DAY CARE : 1266 UHID No. 3058
Phone No./ फोन नं.: 9810013129 Email / ईमेल : _____
Name of Doctor / डॉक्टर का नाम: Dr. Tarun Gupta

We would like to know your opinion and would appreciate if you could spare your valuable time in providing us your feedback regarding various aspects of medical care and treatment that you experienced at SKK Ayurveda.

आपकी राय हमारे लिए महत्त्वपूर्ण है। अपने मूल्यवान समय से कुछ क्षण निकाल कर कृपया अपनी चिकित्सा के विभिन्न पहलुओं के बारे में प्रतिक्रिया प्रदान करें जो आपने हमारे यहाँ इलाज के दौरान अनुभव किया।

Sr. No.	Please tick appropriate option regarding your experience-	 Bad	 Average	 Good	 Excellent
1	Experience while inquiring for services and booking appointment सेवाओं और बुकिंग के लिए पूछताछ करते समय आप का अनुभव				✓
2	Courtesy shown and timely response by front office रिसेप्शन द्वारा समय पर प्रतिक्रिया दी गयी तथा शिष्टाचार दिखाया गया				✓
3	Time given by the Dr. for understanding your problems डॉक्टर द्वारा आपकी समस्या को समझने के लिए समय दिया गया				✓
4	Explaining different therapies & duration of treatment by Dr. डॉक्टर द्वारा उपचार व उपचार अवधि के बारे में बताया गया				✓
5	Explaining the method of medicine intake by Dr. डॉक्टर द्वारा दवा सेवन विधि के बारे में बताया गया				✓
6	Explaining different therapies & their rates by Dr. आपको विभिन्न उपचारों की दरों के बारे में बताया गया			✓	
7	Courtesy shown by therapist & his / her behavior, punctuality थेरेपिस्ट का बर्ताव व अनुशासन कैसा था				✓
8	Skills of therapist & care given by him / her थेरेपिस्ट ने उपचार सही प्रकार दिया				✓
9	Cleanliness of treatment room & available services उपचार कक्ष की सफाई से आप संतुष्ट हैं				✓
10	Center's atmosphere & over all experience आप का पूर्ण अनुभव चिकित्सा आवधि के दौरान कैसा रहा				✓

Your comments / आपके सुझाव

Niyanku
Signature (receptionist)

Sushma
Signature (Patient /Guardian)





**SKK AYURVEDA**

(C-2/95, Janak Puri, Delhi-110058)

Feedback Form (प्रतिक्रिया फॉर्म)Name/नाम : Veena Sood Age(आयु) / sex(लिंग) 71/F Date: 14/4/21OPD: 7106 DAY CARE : UHID No. SKK/3424Phone No./ फोन नं.: 9810017912 Email / ईमेल :Name of Doctor / डॉक्टर का नाम: Dr. Tarun Gupta

We would like to know your opinion and would appreciate if you could spare your valuable time in providing us your feedback regarding various aspects of medical care and treatment that you experienced at SKK Ayurveda.

आपकी राय हमारे लिए महत्त्व पूर्ण है। अपने मूल्यवान समय से कुछ क्षण निकाल कर कृपया अपनी चिकित्सा के विभिन्न पहलुओं के बारे में प्रतिक्रिया प्रदान करें जो आपने हमारे यहाँ इलाज के दौरान अनुभव किया।

Sr. No.	Please tick appropriate option regarding your experience-	 Bad	 Average	 Good	 Excellent
1	Experience while inquiring for services and booking appointment सेवाओं और बुकिंग के लिए पूछताछ करते समय आप का अनुभव			<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Courtesy shown and timely response by front office रिसेप्शन द्वारा समय पर प्रतिक्रिया दी गयी तथा शिष्टाचार दिखाया गया			<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Time given by the Dr. for understanding your problems डॉक्टर द्वारा आपकी समस्या को समझने के लिए समय दिया गया			<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Explaining different therapies & duration of treatment by Dr. डॉक्टर द्वारा उपचार व उपचार अवधि के बारे में बताया गया			<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Explaining the method of medicine intake by Dr. डॉक्टर द्वारा दवा सेवन विधि के बारे में बताया गया			<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Explaining different therapies & their rates by Dr. आपको विभिन्न उपचारों की दरों के बारे में बताया गया			<input checked="" type="checkbox"/>	
7	Courtesy shown by therapist & his / her behavior, punctuality थेरेपिस्ट का बर्ताव व अनुशासन कैसा था			<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Skills of therapist & care given by him / her थेरेपिस्ट ने उपचार सही प्रकार दिया			<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Cleanliness of treatment room & available services उपचार कक्ष की सफाई से आप संतुष्ट हैं			<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Center's atmosphere & over all experience आप का पूर्ण अनुभव चिकित्सा आवधि के दौरान कैसा रहा			<input checked="" type="checkbox"/>	

Your comments / आपके सुझाव

Priyanka
Signature (receptionist)

[Signature]
Signature (Patient /Guardian)