

**Feedback Form (प्रतिक्रिया फॉर्म)**

Name/नाम: Divya Ahlawat Age(आयु) / sex(लिंग) 12 / Female Date: 14/4/21

OPD: 1.0.1.8 DAY CARE: ..... UHID No. 3163

Phone No./ फोन नं.: ..... Email / ईमेल : .....

Name of Doctor / डॉक्टर का नाम: .....

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

आपकी राय हमारे लिए महत्व पूर्ण है। अपने मूल्यवान समय से कुछ क्षण निकाल कर कृपया अपनी चिकित्सा के विभिन्न पहलुओं के बारे में प्रतिक्रिया प्रदान करे 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 अवधी 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, oximeter had to be charged.

*Divyanty*  
Signature (receptionist)

*Parveen*  
Signature (Patient /Guardian)

**Feedback Form (प्रतिक्रिया फॉर्म)**

Name/नाम : Supriya Sharma ..... Age(आयु) / sex(लिंग) ..... F ..... Date: 15<sup>th</sup> Apr/2021

OPD: 7.127 ..... DAY CARE : ..... UHID No... .

Phone No./ फोन नं.: ..... Email / ईमेल : .....

Name of Doctor /डॉक्टर का नाम: .....

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

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 करे 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 समझाने के लिए समय दिया गया				✓
4	Explaining different therapies & duration of treatment by Dr. डॉक्टर द्वारा उपचार व उपचार अवधी 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 वर्ताव 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)

**Feedback Form (प्रतिक्रिया फॉर्म)**

Name/नाम: ... P. Anam. V. A. D. .... Age(आयु) / sex(लिंग) 48 / F ..... Date: 14/4/21

OPD: 20.81 ..... DAY CARE: ..... UHID No. ....

Phone No./ फोन नं.: ..... Email / ईमेल : .....

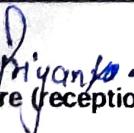
Name of Doctor / डॉक्टर का नाम: .....

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

आपकी राय हमारे लिए महत्व पूर्ण है। अपने मूल्यवान समय से कुछ क्षण निकाल कर कृपया अपनी चिकित्सा के विभिन्न पहलुओं के बारे में प्रतिक्रिया प्रदान करे 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 वर्ताव 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)

**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.: ..... Email / ईमेल : .....

Name of Doctor / डॉक्टर का नाम: .....

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

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 करे 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 बताव 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

Srijanku  
Signature (receptionist)

Sushma  
Signature (Patient /Guardian)

**Feedback Form (प्रतिक्रिया फॉर्म)**

Name/नाम: Veena Sood ..... Age(आयु) / sex(लिंग) 71/F ..... Date: 14/4/21

OPD: 7.10.6 ..... DAY CARE: ..... UHID No. ....

Phone No./ फोन नं.: ..... Email / ईमेल: .....

Name of Doctor / डॉक्टर का नाम: .....

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

आपकी राय हमारे लिए महत्व पूर्ण है। अपने मूल्यवान समय से कुछ क्षण निकाल कर कृपया अपनी चिकित्सा के विभिन्न पहलुओं के बारे में प्रतिक्रिया प्रदान करे 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 अवधी 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

Miyanku  
Signature (receptionist)

Veena Sood  
Signature (Patient /Guardian)