

Patient Satisfaction Survey

We trust that your visit to Mission Medical Center LLC has been comfortable. We would appreciate it if you could spare a few moments to fill this form and assist us in our goal to improve the service we provide. Your suggestions and concerns are of vital importance to us.

Patient Name:, Address:

Mobile No:, Date:

	Reception	5 Excellent	4 Very Good	3 Good	2 Poor	1 Not Satisfied
1	Efficiency and speed of registration process					
2	Staff's friendliness and helpfulness to you					
3	Insurance coverage queries and billing process					
4	Waiting time					
5	Main Door Access					
	Doctors					
6	Quality of care given was					
7	Provided with adequate information					
8	Treated you with dignity and respect					
9	Dr Name					
	Nurses					
10	Quality of care given					
11	Treated you with dignity and respect					
	Overall Environment					
12	Parking facility					
13	Clarity of internal signs					
14	Privacy					
15	Overall cleanliness					
	Overall Rating					
16	How would you rate this medical center in terms of overall services and facilities					
17	How likely are you to recommend your doctor to your family and friends					
18	How likely you are to recommend this medical center to your family and friends					
	Lab Results					
	Your sample collection was satisfactory					
	Did doctor explain you about your investigation required					
	Result was on time and been reported to you about your lab results					

Other Comment

.....
.....

Collector:, Department/ Area

Patient's File Number:

استبيان استطلاع المرضى

نتمنى أن تكون زيارتك لمركزنا الطبي لاقت استحسانك نقدر لك تعاونك معنا وإمضاء دقائق معدودة لتعبئة الاستبيان لمساعدتنا في تحقيق التميز والارتقاء بمستوى خدماتنا

اسم المريض: رقم الموبايل:

التاريخ: العنوان:

غير راضي 1	2 ضعيف	3 جيد	4 جيد جداً	5 ممتاز	الاستقبال
					1 كفاءة وسرعة إجراءات التسجيل
					2 طريقة تعامل الموظفين
					3 تزويدك بمعلومات كافية عن تأمينك الصحي وكيفية الدفع
					4 وقت الانتظار
					5 الوصول إلى الباب الرئيسي
					الأطباء
					9 مستوى العناية المقدمة
					10 تقديم المعلومات الكافية
					11 التعامل باحترام وتقدير
					اسم الدكتور
					المرضى
					11 مستوى العناية المقدمة
					12 التعامل باحترام وتقدير
					النمط العام للمركز
					13 خدمة مواقف السيارات
					14 وضوح اللوحات الإرشادية
					15 توفر الخصوصية
					16 النظافة العامة
					التقييم العام لمركز
					17 ماهو رأيك عموماً في مركز ؟
					18 هل تنصح أفراد عائلتك وأصدقائك بزيارة طبيبك ؟
					19 هل تنصح أفراد عائلتك وأصدقائك بالزيارة ؟
					نتائج المختبر
					كانت مجموعة العينات الخاصة بك مرضية
					هل شرح لك الطبيب أمر الفحص المطلوب؟
					جاءت النتيجة في الوقت المحدد وتم إبلاغك بنتائج المختبر

تعليقات أخرى:

للإجراء الرسمي فقط:

اسم الموظف:..... , القسم:.....

رقم ملف المريض: