

HEALTH PROGRAMME

(Feedback Form)

مریض کا نام: _____ ولدیت: _____ عمر: _____

شناختی کارڈ نمبر: _____ موبائل نمبر/رابطہ نمبر: _____

پتہ: _____ علاج کی تاریخ: _____

بیماری کا نام: _____ ہسپتال کا نام اور شہر: _____

• MICT کی طرف سے فراہم کی گئی امداد کی تفصیل بیان کریں؟ ادویات کی فراہمی لیبارٹری ٹیسٹ آپریشن کی فیس دیگر (تفصیل) _____

• MICT کی جانب سے فراہم کردہ امداد کی بروقت فراہمی پر آپ کی رائے؟ بہترین اچھا درمیانہ بُرا

• امداد کی مقدار اور معیار پر آپ کی رائے؟ بہترین اچھا درمیانہ بُرا

• MICT کے متعلقہ عملے کا رویہ/تعاون اور رہنمائی کیسا تھا؟ بہترین اچھا درمیانہ بُرا

• کیا آپ مجموعی طور پر مطمئن ہیں؟ بہترین اچھا درمیانہ بُرا

• امداد حاصل کرنے کے بعد آپ کی صحت یا حالات میں کیا بہتری آئی؟ _____

• آپ کو امداد حاصل کرنے کے دوران کسی مشکل یا مسئلے کا سامنا ہوا؟ _____

• کیا آپ MICT کی خدمات دوسروں کو تجویز کریں گے؟ جی ہاں جی نہیں شاید

دستخط بمعہ تاریخ