

کلینیک دندانپزشکی

فرم نظرسنجی

نام پزشک :

جنسیت :

تاریخ :

میزان تحصیلات :

| سطوح ارزیابی | | | | | سوالات | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|---|
| کاملاً ناراضی | ناراضی | متوسط | راضی | کاملاً راضی | ردیف | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۱ | از تماس یادآوری روز قبل کلینیک راضی بودید ؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۲ | از سیستم وقت دهی کلینیک راضی هستید ؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۳ | از بهداشت عمومی کلینیک راضی بودید ؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۴ | از رفتار پرسنل پذیرش کلینیک راضی بودید ؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۵ | از عملکرد پرسنل پذیرش کلینیک راضی بودید ؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۶ | زمان انتظار شما در کلینیک قابل قبول است ؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۷ | از رفتار و برخورد پزشکتان راضی بودید ؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۸ | از نتیجه درمان راضی بودید ؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۹ | درد ، تورم یا ناراحتی بعد از درمان داشتید ؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۱۰ | آیا دوباره برای درمان این کلینیک را انتخاب می کنید ؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۱۱ | آیا ما را به دوستان و آشنایانتان برای درمان معرفی می کنید ؟ |

نقاط ضعف :

نقاط قوت :

پیشنهادات :

انتقادات :

شیوه آشنایی شما با این کلینیک چطور بوده ؟

در صورت تمایل مشخصات خود را مرقوم بفرمایید :

نام و نام خانوادگی :

تلفن :

نشانی :