**کلینیک دندانپزشکی ..............**

**فرم نظرسنجی**

**جنسیت : نام پزشک :**

**میزان تحصیلات : تاریخ :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **سطوح ارزیابی** | | | | | **سوالات** | | | |
| کاملا ناراضی | ناراضی | متوسط | راضی | کاملا راضی |  | | | **ردیف** |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | از تماس یادآوری روز قبل کلینیک راضی بودید ؟ | | | **1** |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | از سیستم وقت دهی کلینیک راضی هستید ؟ | | | **2** |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | از بهداشت عمومی کلینیک راضی بودید ؟ | | | **3** |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | از رفتار پرسنل پذیرش کلینیک راضی بودید ؟ | | | **4** |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | از عملکرد پرسنل پذیرش کلینیک راضی بودید ؟ | | | **5** |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | زمان انتظار شما در کلینیک قابل قبول است ؟ | | | **6** |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | از رفتار و برخورد پزشکتان راضی بودید ؟ | | | **7** |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | از نتیجه درمان راضی بودید ؟ | | | **8** |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | درد ، تورم یا ناراحتی بعد از درمان داشتید ؟ | | | **9** |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | آیا دوباره برای درمان این کلینیک را انتخاب می کنید ؟ | | | **10** |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | آیا ما را به دوستان و آشنایانتان برای درمان معرفی می کنید ؟ | | | **11** |
|  | | | | | | | **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 :**  **نشانی : تلفن :** | | | | | | | | |