

Patient Satisfaction Survey Feedback Complaint Form

To new patients that were just finished your treatment:

What do you think about this clinic?

Please take a number of minutes to finish this interrogation. Your opinion is valuable to us, in order to improve our service for you.

Please tick marks to be given to each question.

Please return the completed form to the receptionist at the counter. We will give gifts / samples mystery to those who answered more than 15 questions (while stocks last).

THANK YOU for your time.

Greetings from U Dental Center

Full Name : _____ and Handphone Number: _____ Registration Number : _____

(If this is a complaint and you would like us to investigate your complaint, please write your name and your phone number so we can contact you to resolve your complaint)

No.	Questions	Poor<---→Good				
		1	2	3	4	5
1.	Is the clinic's (i)location convenient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	(ii)office hours convenient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	(iii)parking area convenient and adequate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Is the reception area and waiting room comfortable ,relaxing & clean ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Is the receptionist competent & knowledgeable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Is the nursing staff competent & knowledgeable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Are all staff members friendly , courteous & caring ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Are appointment procedures courteous & prompt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Are phone calls during office hours handled quickly & efficiently ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	When you have an appointment , how do you rank your waiting time in the waiting room?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	The doctor: Is your doctor friendly & courteous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Does your doctor spend adequate time with you ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Does your doctor explain your treatments satisfactory ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Do you feel comfortable questioning your doctor ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Do you feel your doctor is knowledgeable& competent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Did your doctor answered your questions satisfactory ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Do you satisfied with the treatments provided ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	After treatment finished, did you waited long at the counter to pay or to get the medicines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Do you think our charges/fees are fair & reasonable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Did the charges/fees explained to you satisfactory ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Has your bill or receipt been accurate , efficient and timely ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Do you satisfy with our overall services?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Any complaints / suggestions / compliments the other:					

THANK YOU! Suggestions / Complaints / view you are a gift to us. Come next time.

Tinjauan Kepuasan Pesakit Borang Maklumbalas/Aduan

Untuk pesakit baru yang baru sahaja selesai rawatan anda: Apa yang anda fikir tentang klinik ini? Sila ambil beberapa minit untuk menyelesaikan soalan ini. Pendapat anda adalah berharga kepada kami, untuk menambah baik perkhidmatan kami untuk anda. Sila semak tanda yang akan diberikan kepada setiap soalan. Sila kembalikan borang yang lengkap kepada penyambut tetamu di kaunter. Kami akan memberi hadiah / sampel misteri kepada mereka yang menjawab lebih daripada 15 soalan (sementara stok masih ada). TERIMA KASIH untuk masa anda.

Salam sejahtera dari Pusat Pergigian U

Nama Penuh: _____ dan Nombor Telefon Bimbit: _____ Nombor Pendaftaran: _____

(Jika ini adalah aduan dan anda mahu kami untuk menyasat aduan anda, sila tulis nama dan nombor telefon anda supaya kami boleh menghubungi anda untuk menyelesaikan aduan anda)

No.	Questions	Poor<---→Good				
		1	2	3	4	5
1.	Adakah kedudukan klinik senang sampai untuk anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Adakah waktu pejabat klinik sesuai untuk anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Adakah tempat letak kereta cukup dan memudahkan anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Adakah bahagian kaunter dan bilik menunggu bersih, menenangkan dan selesa untuk anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Adakah penyambut tetamu berkebolehan dan berpengetahuan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Adakah jururawat dalam bilik rawatan berkebolehan dan berpengetahuan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Adakah semua pekerja klinik ramah dan penyayang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Adakah cara membuat temujanji cukup cepat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Adakah panggilan telefon waktu pejabat dijawab dengan cepat dan berkesan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Jika anda ada temujanji, lamakah anda perlu menunggu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Berkenaan doktor: Adakah doktor anda ramah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Adakah doktor anda menghabiskan masa yang cukup untuk anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Adakah doktor anda menerangkan rawatan anda dengan jelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Adakah anda sedia/senang menyuarakan saolan anda kepada doktor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Adakah anda fikir doktor anda mempunyai pengetahuan dan kemahiran yang cukup?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Adakah doktor anda menjawab soalan anda dengan memuaskan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Adakah anda berpuas hati dengan rawatan yang diberi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Selepas rawatan selesai, lamakah anda tunggu di kaunter untuk menjelaskan bayaran atau mendapat ubat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Adakah anda rasa bayaran/fees klinik ini berpatutan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Adakah bayaran/fees anda dijelaskan kepada anda dengan memuaskan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Adakah bil atau resit anda diberi dengan cepat dan tepat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Adakah anda berpuas hati dengan perkhidmatan klinik ini secara keseluruhan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sebarang aduan / cadangan / pujian yang lain:					

TERIMA KASIH! Cadangan / Aduan anda hadiah kepada kami. Dijemput datang lagi.

病人满意度调查 反馈/投诉表格

亲爱的患者:

刚刚完成您的治疗?您怎么看待这个诊所?

请您花几分钟的时间,帮助我们完成这项调查。我们重视您的意见,以便提高我们的服务服务水平。

请在适用的答案打勾☑,填妥的表格请交回给前台。我们会赠送小礼物/样品给那些回答超过15个问题的人(送完即止)。

谢谢您的时间。

优良牙科中心 敬上

全名: _____ 和手提电话号码: _____ 注册号: _____

(如果这是一个投诉,您希望我们调查您的投诉,请写下你的姓名和电话号码,以便我们与您联系)

No.	问题	差←-----→好				
		1	2	3	4	5
1.	诊所的位置是否方便您?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	诊所的工作时间方便您吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	停车场是否方便和足够?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	接待区和候诊室舒适,轻松和干净吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	接待员能够胜任和有足够知识和吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	护理人员能够胜任和有足够知识吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	所有工作人员友好,礼貌,关心和体贴?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	预约程序有礼貌及快速吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	在办公时间迅速与有效的处理的来电吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	如果您有预约.您需要在候诊室久等吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	医生:您的医生是否友好和有礼貌?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	医生是否花费充分时间与您咨询与治疗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	医生解释您的治疗是否令您满意?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	您是否感到舒适/随便向您的医生发问?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	您觉得医生有有足够知识的和能力吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	医生回答了您的问题令您满意您吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	您是否满意医生所提供的治疗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	在完成的治理以后,在柜台付款或拿药需要等很久吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	你认为诊所的收费是否公平及合理的?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	接待员的解释收费令您满意吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	给你帐单或收据是准确,高效,快速?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	您是否满意我们的整体服务?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	其他的投诉/建议/称赞:					

谢谢您的投诉/建议/称赞。欢迎您下一次的光临。