

فرم سنجش رضایتمندی مراجعین

نام و نام خانوادگی: _____ سن: _____
میزان تحصیلات: _____ شغل: _____
درمان انجام شده: _____ شماره تماس: _____

۱. علت مراجعه شما به واحد دندانپزشکی مرکز خدمات جامع سلامت چه بوده است؟

- معرفی و ارجاع از سایر واحد ها
- کشیدن دندان
- پرکردن دندان
- جرمگیری
- دندان درد

۲. نحوه ی برخورد پرسنل چگونه است؟

- ضعیف
- متوسط
- خوب
- عالی

۳. میزان رضایتمندی شما از عملکرد دندانپزشک چه میزان بوده است؟

- ضعیف
- متوسط
- خوب
- عالی

۴. آیا جهت دریافت خدمت به مطب خصوصی معرفی شدید؟

- بله
- خیر

توضیحات: