

معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



فرم سنجش رضایت مراجعان		
تاریخ: ۱۴۰۲/۲/۲۳	ویرایش: ۱	
بخش:	گروه: کنترل کیفیت	

فرم سنجش رضایت مراجعان

نام و نام خانوادگی (در صورت تمایل):	شماره تماس:
تاریخ دریافت برگه:	

ردیف	مورد ارزیابی	خیلی خوب	خوب	متوسط	ضعیف
۱	نحوه برخورد پرسنل پذیرش				
۲	نحوه برخورد پرسنل نمونه گیری				
۳	ارائه راهنمایی های لازم جهت آماده سازی بیمار و نمونه گیری				
۴	سرعت ارائه خدمات				
۵	راحت و مطلوب بودن فضای پذیرش				
۶	مناسب بودن وضعیت نظافت آزمایشگاه				
۷	ارائه اطلاعات و خدمات کافی در خصوص هزینه ها				

نقطه نظرات و پیشنهادات:

آدرس: خیابان ابن سینا نبش سنبلستان
تلفن: ۰۳۱۳۴۴۷۶۰۶۰