

## معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



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

### فرم سنجش رضایت پزشکان

نام و نام خانوادگی:	شماره تماس:
تاریخ دریافت برگه:	

ردیف	مورد ارزیابی	خیلی خوب	خوب	متوسط	ضعیف
۱	سرعت ارائه خدمات				
۲	چگونگی تفسیر و انتقال علمی در گزارش				
۳	تناسب نتایج آزمایش ها با تشخیص بالینی				
۴	برگه آزمایش و نحوه تایپ				
۵	انطباق خدمات تشخیصی آزمایشگاه با نیازهای شما				

نقطه نظرات و پیشنهادات:

--

آدرس: خیابان ابن سینا نیش سنبلستان  
 تلفن: ۰۳۱۳۴۴۷۶۰۶۰