AASANDHA PVT LTD

Fen Building, 2nd Floor,
Ameenee Magu,
Machchangolhi,
Malé, 20375,
Republic of Maldives.
1400@aasandha.mv
Hotline: 1400
+960 3011400

Patient Feedback Form

This form must be filled by the patient/guardian. The purpose is to identify the areas where improvement is needed to provide a better service.

މިފޯމު ފުރުއްވާނީ ބަލިމީހާ ނުވަތަ ބަލިމީހާގެ އަރިހުއްޓާއެވެ. މިފޯމުގެ ބޭނުމަކީ އާސަންދައިން ރައްޔިތުންނަށް ފޯރުކޮށްދޭ ހިދުމަތްތަކުގެ ފެންވަރު ރަނގަޅުކުރަން ޖެހޭ ދާއިރާތައް ދެނެގަތުމެވެ. ފޯމު ފުރުއްވުމަށްފަހު އާސަންދަ ކަސްޓަމަރ ސަރވިސް ސެންޓަރ، އެސްޓީއޯ ޓްރޭޑް ސެންޓަރ 3 ވަނަ ފަންގިފިލާއަށް ހަވާލުކުރެއްވުން އެދެމެވެ. އާސަންދައިގެ ހިދުމަތް ރައްކާތެރިކަމާއި ދިރާސާކުރުމަށް ފޯމުގައިވާ މަޢުލޫމާތު ބޭނުންކުރެވޭނެއެވެ. (މިފޯމުގައިވާ މަޢުލޫމާތަކީ ސިއްރުކުރެވޭނެ އެއްޗެކެވެ.)

Name of the Hospital ______________________	ހިދުމަތް ހޯދި ހޮސްޕިޓަލްގެ ނަން
Did you face any difficulties during your treatment, if so what are the main ones? ހިދުމަތް ލިބުމުގައި އުނދަގޫ ދިމާވެއްޖެތޯ؟ ދިމާވިނަމަ އެންމެ ދިމާވި ކޮން ކަންތައްތަކެއްތޯ؟	
If you were treated as an in-patient, do you feel that the treatment could have been done on out-patient basis? ފަރުވާ ހޯދީ އެޑްމިޓް ވެގެން ކަމުގައިވާނަމަ، އެ ފަރުވާ އައުޓްޕޭޝަންޓް ގޮތުގައި ދެވިދާނެކަމަށް ތިބާ ގަބޫލުކުރައްވަންތޯ؟ Yes ☐ ދެއްތޯ No ☐ ނޫނޭ Don't know ☐ ނޭނގޭ	
Did you receive the treatment/surgery for the referred diagnosis? ރެފަރކުރެވުނު ބަލިޔަށް ހޯދަން ދިޔަ ފަރުވާ/ ސާޖަރީ ލިބުނުތޯ؟ Yes ☐ ދެއްތޯ No ☐ ނޫނޭ Don't Know ☐ ނޭނގޭ	
How do you feel about the service you received from the Hospital? ހޮސްޕިޓަލުން ލިބުނު ހިދުމަތާއިމެދު ހިތަށްއަރަނީ ކިހިނެއްތޯ؟ Excellent ☐ ވަރަށް ރަނގަޅު Good ☐ ރަނގަޅު Satisfactory ☐ ހިތްހަމަ ޖެހޭ Poor ☐ ހިތްހަމަނުޖެހޭ	
While abroad, did you call Aasandha Customer Service Centre regarding any query? ރާއްޖެއިން ބޭރުން ހިދުމަތް ހޯދަމުން އުޅުއްވި މުއްދަތުގައި ސުވާލުކުރުމަށް އާސަންދަ ކަސްޓަމަރ ސަރވިސް އަށް ގުޅުއްވިންތޯ؟ Yes ☐ ދެއްތޯ No ☐ ނޫނޭ IF yes, How do you feel about the service you received from Aasandha Customer Service Centre? ދެއްތޯ ނަމަ އާސަންދަ ކަސްޓަމަރ ސަރވިސް އިން ލިބުނު ހިދުމަތާއިމެދު ހިތަށްއަރަނީ ކިހިނެއްތޯ؟ Excellent ☐ ވަރަށް ރަނގަޅު Good ☐ ރަނގަޅު Satisfactory ☐ ހިތްހަމަ ޖެހޭ Poor ☐ ހިތްހަމަނުޖެހޭ	
Remarks – Experience, Suggestions to improve Aasandha and Hospital service standards އިތުރު ބަޔާން- ތަޖުރިބާ، ޚިޔާލު، އާސަންދަ އަދި ހޮސްޕިޓަލްތަކުން ދޭ ހިދުމަތްތަކުގެ ފެންވަރު ރަނގަޅު ކުރުމަށް ކުރަންވީ ކަންތައްތައް	
Patient/Bystander Name:	ބަލިމީހާ/ އަރިހުއްޓާގެ ނަން:

Signature: ސޮއި:	Date: ތާރީޚް:	Contact Number: ފޯނު ނަންބަރު:	Patient ID Number: ބަލިމީހާގެ އައި.ޑީ ނަންބަރު:
For Office Use			**ހަމަ އެކަނި އޮފީހުގެ ބޭނުމަށް**
Case ID:	Received Date/Time:		Reference No: