

**Patient Satisfaction Survey**

من أجل خدمات أفضل، يرجى التكرم بالتعاون معنا في إكمال هذا الاستبيان

المريض : رجل	<input type="checkbox"/>	إمرأة	<input type="checkbox"/>	طفل	<input type="checkbox"/>	العمر : أقل من ٢٠ عام	<input type="checkbox"/>	من ٢١-٣٥	<input type="checkbox"/>	من ٣٦-٤٥	<input type="checkbox"/>	أكبر من ٤٥ عام	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	-------	--------------------------	-----	--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------	----------------	--------------------------

هل أنت : المريض	<input type="checkbox"/>	مرافق للمريض	<input type="checkbox"/>	زائر للعيادات فقط	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

إن كنت أنت المريض، فما هو السبب الرئيسي لزيارتك العيادات اليوم ؟

فحص دوري	<input type="checkbox"/>	تعويضات سنوية	<input type="checkbox"/>	تنظيف أسنان	<input type="checkbox"/>	معالجة عصب	<input type="checkbox"/>
حشوات	<input type="checkbox"/>	تحليل نسج	<input type="checkbox"/>	جراحة	<input type="checkbox"/>	الطوارئ	<input type="checkbox"/>

عموميات :

هل هذه زيارتك الأولى لهذه العيادات	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>
كيف سمعت عن هذه العيادات	<input type="checkbox"/>	صديق	<input type="checkbox"/>	طبيب اسنان	<input type="checkbox"/>
هل كان من الصعب إيجاد هذه العيادات	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>
هل وجدت صعوبة في صف السيارة	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>
من الإعلانات	<input type="checkbox"/>	من العمل	<input type="checkbox"/>	من الإعلانات	<input type="checkbox"/>
قليلاً	<input type="checkbox"/>	قليلاً	<input type="checkbox"/>		

تقييم منطقة الاستقبال :

الراحة في منطقة الاستقبال	<input type="checkbox"/>	ممتاز	<input type="checkbox"/>	جيد	<input type="checkbox"/>	لا بأس	<input type="checkbox"/>	سيء	<input type="checkbox"/>
ترحيب موظفي الاستقبال	<input type="checkbox"/>	ممتاز	<input type="checkbox"/>	جيد	<input type="checkbox"/>	لا بأس	<input type="checkbox"/>	سيء	<input type="checkbox"/>
الخدمة و المساعدة من موظفي الاستقبال	<input type="checkbox"/>	سريعة	<input type="checkbox"/>	لا مبالاة	<input type="checkbox"/>	بطيئة	<input type="checkbox"/>		
نظافة منطقة الاستقبال	<input type="checkbox"/>	ممتاز	<input type="checkbox"/>	جيد	<input type="checkbox"/>	لا بأس	<input type="checkbox"/>	سيء	<input type="checkbox"/>
حصلت على موعد مع العيادة بما يناسبك	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	تقريباً	<input type="checkbox"/>		
دخلت العيادة في الموعد	<input type="checkbox"/>	تماماً	<input type="checkbox"/>	تأخر ١٠ دقائق	<input type="checkbox"/>	تأخر ٢٠ دقيقة	<input type="checkbox"/>		

تقييم العيادة و المعالجة :

هل أنت راض عن عمل الطبيب	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	لا بأس	<input type="checkbox"/>	سيء	<input type="checkbox"/>
عاملك الطبيب بشكل	<input type="checkbox"/>	ممتاز	<input type="checkbox"/>	جيد	<input type="checkbox"/>	لا بأس	<input type="checkbox"/>	سيء	<input type="checkbox"/>
جودة أداء الطبيب	<input type="checkbox"/>	ممتاز	<input type="checkbox"/>	جيد	<input type="checkbox"/>	لا بأس	<input type="checkbox"/>	سيء	<input type="checkbox"/>
تألمت أثناء العلاج	<input type="checkbox"/>	كثيراً	<input type="checkbox"/>	مقبول	<input type="checkbox"/>	قليلاً	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>
تفضل العلاج من قبل	<input type="checkbox"/>	متدرب	<input type="checkbox"/>	طالب	<input type="checkbox"/>	لا فرق	<input type="checkbox"/>		
تم استبدال الأدوات قبل العلاج	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	لست متأكدأ	<input type="checkbox"/>		
تعامل الموظفون معك بعد العلاج بشكل	<input type="checkbox"/>	ممتاز	<input type="checkbox"/>	جيد	<input type="checkbox"/>	لا بأس	<input type="checkbox"/>	سيء	<input type="checkbox"/>

إن لم تكن هذه هي زيارتك الأولى للعيادات :

هل تطورت خدمات العيادات	<input type="checkbox"/>	كثيراً	<input type="checkbox"/>	قليلاً	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	----	--------------------------

إن كانت الخدمات قد تطورت، ففي أي قسم :

العلاج	<input type="checkbox"/>	الاستقبال	<input type="checkbox"/>	النظافة	<input type="checkbox"/>	الجودة	<input type="checkbox"/>
التعويضات السنوية	<input type="checkbox"/>	الأشعة	<input type="checkbox"/>	خدمات التمريض	<input type="checkbox"/>		

أعط درجة من (٥) لتطور الخدمات .. (درجة (١) تعني تطور قليل) :

اسم الطبيب (الطالب) المعالج : _____

اقتراحات أخرى : _____
