

Your feedback will help improve our services.

آپ کی رائے ہمیں اپنی خدمات کو بہتر بنانے میں مدد دے گی۔

We welcome your views and suggestions about our services. Please provide your suggestions for improvement or express your appreciation of the hospital staff/ services on this form. You may return this form to us by dropping it in any suggestion boxes, by post or by fax.

ہم اپنی خدمات کے بارے میں آپ کے خیالات اور تجاویز کا خیرمقدم کرتے ہیں۔ برائے مہربانی اس فارم میں بہتری کے لئے اپنے تجاویز فراہم کریں یا ہسپتال کے عملے/خدمات کے لئے اپنی تعریف کا اظہار کریں۔ آپ اس فارم کو کسی بھی تجویز کے ڈبہ میں ڈال کر، بذریعہ ڈاک یا فیکس ہمیں واپس کر سکتے ہیں۔

برائے مہربانی ٹکٹ
یہاں لگائیں
Please affix
stamp here

مرسل علیہ: پیشنٹ ریلیشن آفیسر
رتن جی اینڈ ٹنگ شیو کن ہوسپٹلز
266 کوئنز روڈ ایسٹ، ونچائی
ہانگ کانگ

To: Patient Relations Office
Ruttonjee & Tang Shiu Kin Hospitals
266 Queen' s Road East, Wanchai
Hong Kong



Ruttonjee & Tang Shiu Kin Hospitals

Feedback Form

رتن جی اور تانگ شیو کن اسپتال
تاثرات فارم



Address / پتہ:
266 Queen's Road East, Wanchai, Hong Kong
266 کوئنز روڈ، ایسٹ، ونچائی، ہانگ کانگ

Address / ای میل پتہ:
rtskh_pro@ha.org.hk Email

Telephone / ٹیلیفون : 2291 2020
Fax / فیکس : 2591 6886
Website / ویب سائٹ :
<http://www.ha.org.hk/rtskh>

2-7-2020



I have the following feedback on the services provided by _____ of your hospital: (Please specify ward/ department/ location.)

آپ کے ہسپتال کے _____ کی جانب سے مہیا کردہ خدمات پر میری درج ذیل رائے ہے۔ (برائے مہربانی وارڈ/ شعبہ/ محل وقوع کی وضاحت کریں۔)

دفتری استعمال کے لئے For Official Use

Date تاریخ: _____

Ref حوالہ: _____

Date تاریخ : _____

Please tick the appropriate boxes. براہ مہربانی موزوں خانوں پر ٹک کا نشان لگائیں۔

Time وقت : _____

		Excellent بہترین	Good اچھا	Acceptable قابل قبول	Poor ناقص	Very Poor انتہائی ناقص	Not Applicable قابل اطلاق نہیں
1	Environment and Cleanliness ماحول اور صفائی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Facilities عمارات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Diagnosis and Treatment تشخیص اور علاج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Nursing Care نرسنگ نگہداشت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5(a)	Attitude - Doctors رویہ - ڈاکٹرز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5(b)	Attitude - Nurses رویہ - نرسیں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5(c)	Attitude - Allied Health رویہ - الائیڈ ہیلتھ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5(d)	Attitude - Others (Supporting or Clerical etc.) رویہ - دیگر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Channels for Informing Patient's Rights & Responsibilities (معاون یا کلیریکل وغیرہ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Channels for Expressing Dissatisfaction & Comment مریضوں کے حقوق اور ذمہ داریاں کے لئے مطلع کرنے کے لئے چینلز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appreciation / Suggestion تعریف / مشورہ

Please delete as appropriate. / براہ مہربانی حذف کریں، جیسے مناسب ہو۔

Personal Particulars: (Optional) / ذاتی کوائف: (اختیاری)

You can also leave your contact information for further contact if necessary. / آپ مزید رابطہ کے لئے اپنی رابطہ کی معلومات چھوڑ سکتے ہیں اگر ضروری ہو۔

Name نام: A&E مریض ان پیشنٹ خصوصی ماہر / جنرل آؤٹ پیشنٹ* ملاقاتی / رشتہ دار دیگر

A&E patient In-patient *Specialist / General out-patient Visitor / Relative Others

Correspondence Address / خط و کتابت کا پتہ Telephone Number / ٹیلیفون نمبر Email Address / ای میل پتہ (Optional / اختیاری)