



فرم بازخورد

بازخورد شما برای ما مهم است تا بتوانیم خدمات خود را بهبود دهیم. با همه اطلاعاتی که ارائه کردید، محرمانه برخورد خواهد شد و به ما در بهبود خدمات کمک خواهد کرد. ما صداقت شما در پاسخگویی را تحسین می‌کنیم.

	نام (اختیاری):
<input type="checkbox"/> پزشک/پرستار <input type="checkbox"/> حمایت/مشاوره سلامت ذهن <input type="checkbox"/> Culture in Mind <input type="checkbox"/> + PM <input type="checkbox"/> سلامت تلفیقی: فیزیوتراپی، رژیم <input type="checkbox"/> طب سوزنی/ماساژ/هومئوپاتی <input type="checkbox"/> برنامه‌های ما	خدمت دریافتی
	نام کارکنانی که به شما کمک کردند
<input type="checkbox"/> کلینیک Stones Corner <input type="checkbox"/> جای دیگر: (آدرس) _____	آیا شما را در کلینیک Stones Corner دیدیم یا جای دیگر

(لطفا ✓ در صورت اعمال مشخص شود)

لطفا عبارات زیر را ارزیابی کنید				
زیاد	متوسط	اندکی	اصلا	
				1. آیا ما توانستیم در زمینه موضوعات سلامت شما به شما کمک کنیم؟
				2. از زمان دریافت سرویس، تندرستی کلی من بهبود یافته است
				3. از زمان دریافت سرویس، من بیش‌تر نسبت به آینده امیدوارم
				4. من احساس تکریم و توانایی تصمیم‌گیری درباره سلامت خود کردم
				5. از زمان دریافت سرویس، من مهارت‌ها و راهبردهای بیش‌تری برای مراقبت از سلامت و تندرستی خود دارم

