

प्रतिक्रिया दिने फाराम

तपाईंको प्रतिक्रियाले हामीलाई आफ्नो सेवाको गुणस्तर सुधार गर्न मद्दत गर्छ । तपाईंले उपलब्ध गराउने सबै जानकारी गोपनीय राखिने छ । तपाईंले उपलब्ध गराउने जानकारीले हामीलाई आफ्नो सेवाको गुणस्तर बढाउन मद्दत गर्ने छ । इमान्दारितापूर्वक प्रतिक्रिया दिनुभएकोमा धन्यवाद

नाम (रैछिक्क):	
प्राप्त गरेको सेवा	<input type="checkbox"/> डक्टर/नर्स <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य/परामर्श <input type="checkbox"/> Culture in Mind <input type="checkbox"/> PM + <input type="checkbox"/> अलाइड हेल्थ (Allied health): फिजियोथेरापी, पोषण विभाग <input type="checkbox"/> अकुपन्चर/मालिस/होमियोप्याथी <input type="checkbox"/> सामूहिक कार्यक्रमहरू
तपाईंलाई सहयोग गर्ने कर्मचारीको नाम	
तपाईंले Stones Corner क्लिनिकमा वा अन्यत्रै सेवा लिनुभएको थियो	<input type="checkbox"/> Stones Corner क्लिनिक <input type="checkbox"/> अन्यत्र: (ठेगाना) _____

(उचित स्थानमा कृपया ✓)

कृपया निम्न कथनहरूको मूल्याङ्कन गर्नुहोस्	पट्टकै छैन	थोरै	हल्का	धेरै
1. हामीले तपाईंलाई तपाईंको स्वास्थ्यको सन्दर्भमा सहयोग गर्न सक्यौं ?				
2. सेवा लिइसकेपछि मेरो समग्र स्वास्थ्य राम्रो भएको छ				
3. सेवा लिइसकेपछि म भविष्यको बारेमा अझै बढी आशावादी भएको छु				
4. मेरो आत्मा सम्मान बढेको छ र म आफ्नो स्वास्थ्यको बारेमा निर्णय लिन सक्ने भएको छु				

5. सेवा लिइसकेपछि मैले आफ्नो स्वास्थ्य स्याहार गर्न तथा आरोग्य कायम गर्न आवश्यक अझै बढी सीप तथा उपायहरू सिकेको छु				
---	--	--	--	--

6. तपाईंले कस्तो प्रकारको भाषागत/सांस्कृतिक सेवा प्राप्त गर्नुभयो ? (उचित स्थानमा कृपया ✓)				
मलाई भाषागत/सांस्कृतिक सहायता चाहिएन <input type="checkbox"/>	WWG का कर्मचारीले मेरो भाषा बोलेर मलाई सेवा दिए <input type="checkbox"/>	दोभाषे <input type="checkbox"/>	Multicultural Peer Support कार्यकर्ता <input type="checkbox"/>	अन्य सहायता कृपया वर्णन गर्नुहोस्:

7. तपाईं आफ्नो परिवार वा साथीलाई हाम्रो सेवा लिन सिफारिस गर्नुहुन्छ ?	गर्दिनँ <input type="checkbox"/>	थाह छैन <input type="checkbox"/>	गर्छु <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

8. समयमा तपाईं आफूले प्राप्त गरेको सेवा प्रति कतिको सन्तुष्ट हुनुहुन्छ ?	सन्तुष्ट छुइन <input type="checkbox"/>	केही सन्तुष्ट छु <input type="checkbox"/>	सन्तुष्ट छु <input type="checkbox"/>	धेरै सन्तुष्ट छु <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	--

9. अन्य प्रतिक्रियाहरू (ऐच्छिक)

मिति:

हस्ताक्षर: