

రోగి సంతృప్తి సర్వే గురించి అవుట్ - పేషెంట్ లేదా ముఖ్య సమాచార దాతకు తెలియజేయడానికి మరియు సర్వే కొనసాగించుటకు సమ్మతి.

పేరు:

నమూనా ID:

ఈ ఆసుపత్రిలో చికిత్స సేవల గురించి రోగుల అనుభవాన్ని అర్థం చేసుకోవడానికి మేము ఒక సర్వే చేస్తున్నాము. ప్రజలకు ఆసుపత్రి సేవలను మెరుగుపరచడంలో సహాయపడటం ఈ సర్వే యొక్క ముఖ్య ఉద్దేశ్యం. దీని వలన మీకు ఎటువంటి సొంత లాభాలు ఉండకపోవచ్చు. కానీ మీరు అనుభవాలను తెలియపరిస్తే హాస్పిటల్ బాగుపడడం లో సహాయపడుతుంది. ఈ సర్వే లో పాల్గొనడం వల్ల మీ ఆరోగ్యానికి ఎలాంటి ప్రమాదాలు ఉండవు. మీరు పాల్గొనడానికి అంగీకరిస్తే, ఆసుపత్రిలో మీ అనుభవాన్ని అర్థం చేసుకోవడానికి మేము కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాము. దీనికి సమయం దాదాపు 15 నిమిషాలు పట్టవచ్చు. మీరు ఎప్పుడైనా సర్వేను ఆపివేయవచ్చు లేదా కొన్ని ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వడానికి నిరాకరించవచ్చు. మీరు అందించిన సమాచారం గోప్యంగా ఉంటుంది. మీతో పాటు అందరు అందించిన సమాచారాన్ని సమీకరిస్తాము. దీని వలన మీ పేరు గాని ఇతరుల పేరు గాని బయటికి రాదు. మీరు అంగీకరిస్తే, నేను సర్వేను కొనసాగిస్తాను.

నేను చదివి వివరించాను.

సమాచార కర్త సర్వేలో పాల్గొనడానికి అంగీకరించారు.

మౌఖిక సమ్మతి ఇచ్చారు.

సమాచార కర్త పాల్గొనడానికి అంగీకరించలేదు మరియు ఈ క్రింది వ్యాఖ్యలు చేసారు:

అధ్యయనం గురించి లేక పరిశోధనలో పాల్గొనే వారిగా మీ హక్కుల గురించి మీకు ఏదైనా ఫిర్యాదులు మరియు ప్రశ్నలు ఉంటే, మీరు డైరెక్టర్ ఇన్ స్పెక్టిట్యూట్ ఆఫ్ హెల్త్ సిస్టమ్స్ ను ఫోన్ (040) 23210136/9 ద్వారా సంప్రదించవచ్చు లేదా ihs@ihs.org.in కి ఇమెయిల్ రాయవచ్చు. మీ సూచన కోసం నా పేరును తెలియజేస్తూ ఈ పేజీ ప్రింట్ అవుట్ ని మీకు ఇస్తున్నాను.

తేదీ:

సర్వేయర్ పేరు మరియు సంతకం

[డ్యూప్లికేట్ ని సిద్ధం చేయండి. పాల్గొనడానికి అంగీకరించని వారితో సహా ప్రతి ఒక్కరికి ఒక కాపీని ఇవ్వండి]



Standard text to inform the Out-Patient and/or Key Informant about the Patient Satisfaction Survey and seek consent to proceed.

To:

Name:

OP visit date:

Sample Id:

We are conducting a survey to understand the patients' experience of the treatment services at this hospital. The main purpose of this survey is to help improve hospital services to the public. Because of this you may not have any profit of your own. However, sharing your experiences will contribute to the improvement of the hospital. There is no risk to your health as a result of participating in this survey.

If you agree to participate, we will ask some questions to understand your experience in the hospital. The survey may take about 15 minutes of your time. You can stop the survey at any time or refuse to answer specific questions. The information provided by you will be confidential and all information provided by you will be aggregated, and your name and that of others will not be revealed.

If you agree, I will proceed with the survey.

Read over and explained by me in

The respondent agreed to participate.

Oral consent given.

The respondent did not agree to participate and made the following incidental remark:

If you have any questions about the study and complaints about your rights as a research participant, you may contact the Director Institute of Health Systems by phone (040) 23210136/9 or write an email to ihs@ihs.org.in. I am giving you a printout of this page giving my name for your reference.

Date:

Name & Signature of the Surveyor

[Prepare in duplicate. Give a copy to the respondent including those who did not agree to participate]