

نموذج قياس مدى رضا المستفيد

التاريخ:/...../.....					
البيانات الشخصية					
اسم المستفيد:					
رقم الهوية:					
رقم الجوال:					
الإعتماد المالي					
السادة / التشخيص:					
الموقرين					
اعتمدوا علاج المستفيد الموضحة بياناته أعلاه.					
الختم					
المدير التنفيذي لجمعية تشوهات الوجه وشق الشفة والحنك					
د. أحمد محمد الشهري					
قياس رضى المستفيد					
عزيزي المستفيد احرص على تعبئة الجدول ادناه بعد تلقي الخدمة الصحية:					
فضلاً قيم الخدمات الصحية الآتية من (١) الى (٥) حيث ان الرقم واحد يعني عدم الرضا، والرقم (٥) يعني الرضا التام:					
٥	٤	٣	٢	١	
					مستوى الرضا عن تعامل الطاقم الإداري لدى الجهة المحال إليها
					مستوى الرضا عن جودة الخدمات والخطة العلاجية المقدمة لك
					الفترة الزمنية المستغرقة للعلاج
هل تم مطالبتك بدفع أي مبالغ مالية؟					
إذا كانت الإجابة بنعم أذكر المبلغ:					
توقيع المستفيد:					
اعتماد مزود الجهة المعالجة					
اعتماد إدارة:					
اسم الجهة:					
قيمة تكلفة العلاج النهائية)					
التوقيع:					
ملاحظة/ لن يتم صرف مستحقات مالية الا بعد تعبئة المستفيد لحقول نموذج قياس الرضى.					
الختم					