

कामधेनु अतिनिर्धन चिकित्सा सहायता सोसायटी

मरीजों से सोसायटी सहायता से सम्बन्ध में प्रश्नावली :-

1.	मरीज का नाम	:	
2.	रजिस्ट्रेशन नं0	:	
3.	विभाग एवं कन्सल्टेण्ट का नाम	:	
4.	भर्ती/सर्जरी/डिस्चार्ज की तारीख यदि है	:	
5.	मरीज/रिश्तेदार का नाम जिससे बात हुई	:	
6.	आपको कामधेनु के विषय में कहां से जानकारी प्राप्त हुयी	:	
7.	कामधेनु कार्यालय दूढने में यदि कोई दिक्कत आई हो तो।	:	
8.	कामधेनु कार्यालय के स्टाफ ने आपको सहयोग किया या नहीं।	:	
9.	आपके सम्बन्धित कन्सल्टेण्ट/डिपार्टमेण्ट का सहयोग फार्म भरने में।	:	
10.	फार्म भरने में आने वाली दिक्कतें यदि हों तो उसके बारे में बताईये।	:	
11.	फार्म जमा करने के बाद क्या आपको सहायता प्राप्त हुई। तो उसकी राशि	:	
12.	सुधार के लिये कोई सुझाव यदि हो तो	:	
13.	क्या दी गयी सहायता राशि मददगार थी	:	
14.	संस्था के सुधार में यदि कोई सुझाव हो	:	

हस्ताक्षर

Patient's Name :
CR.No. :
Date :
Ward :

• Questionnaire:

1. Who informed you about financing Facility available at SGPGIMS Lucknow?
.....
.....
2. Who provide you the form to be filled up for financing?
.....
.....
3. Did doctor shown keen interest in filling the form or processing the same?
.....
.....
4. How difficult was it to arrange BPL card/Income Certificate/ Affidavit etc.
.....
.....
5. Do you feel that these are the necessary step to identity the needy patient.
.....
.....
6. If not, what do you recommend.
.....
.....
7. How much money you received from the source.
.....
.....
8. How much time it took to sanction finally and money received.
.....
.....
9. Did you face any problem to get released the additional money during hospitalization? If "yes" please brief the situation.
.....
.....
10. Any other problem faced by you related to this facility? If "yes" please brief the situation.
.....
.....
11. What would happen in case you did not receive this finance?
.....
.....
12. Any suggestion to improve the system for medical facility
.....
.....