

تاریخ:

شماره:

اداره اورژانس پیش بیمارستانی اصفهان
فرم نظر سنجی تلفنی از امداد خواهان آمبولانس خصوصی



SheetNo:69
1397/10/25-V1

| شماره مأموریت | تاریخ مأموریت | کد آمبولانس: | نام مرکز آمبولانس | شهرستان |
|---------------|--|--------------|-------------------|---------|
| | | | | |
| ردیف | لطفاً نظر خود در خصوص نکات زیر به صورت خوب، نسبتاً خوب، نسبتاً بد و یا بد اعلام نمایید | ضریب | امتیاز | |
| ۱ | نظافت آمبولانس را چگونه ارزیابی کردید؟ | ۲ | | |
| ۲ | رضایت شما از نحوه برخورد پرسنل آمبولانس چگونه بود؟ | ۲ | | |
| ۳ | رضایت شما از نحوه رانندگی راننده آمبولانس چگونه بود؟ | ۲ | | |
| ۴ | رضایت خود از سیستم سرمایشی، گرمایشی آمبولانس را بیان کنید. | ۳ | | |
| ۵ | رضایت خود از کمیت و کیفیت تجهیزات آمبولانس را بیان کنید. | ۳ | | |
| ۶ | مهارت‌های علمی و عملی پرسنل آمبولانس را چگونه ارزیابی کردید؟ | ۳ | | |
| ۷ | چه مبلغی بابت هزینه اعزام پرداخت کردید؟ | ۲ | | |
| ۸ | مجموع امتیازات از ۵۰ امتیاز | | | |

لطفاً هر بند با توجه به پاسخ امداد خواه به صورت زیر امتیاز داده شود:

کاملاً خوب بود: ۳ نسبتاً خوب بود: ۲ بد نبود: ۱ خوب نبود: ۰