

مریض کی رائے کا فارم

- (شکایت) واقعہ کی تاریخ کے چھ ماہ کے اندر
 یا کچھ اور

- ڈاکٹر یا عملے کی شکایت
 خدمات کو بہتر بنانے کے لیے تجاویز

وقوعہ کی تاریخ

mm/dd/yyyy

مریض کی معلومات

* پورا نام

* میڈیکل ریکارڈ نمبر

شناختی کارڈ نمبر

خدمتگار کی معلومات

شناختی کارڈ نمبر

مریض کے ساتھ رشتہ

XXXXX-XXXXXXXX-X

رائے / شکایت

گھر کا پتہ

جمع کرائیں