

شہید محترمہ بینظیر بھٹو انسٹیٹیوٹ آف ٹریننگ کراچی

مریض کی رائے / شکایت 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 تجویز

وقوعہ کی تاریخ

مریض کی معلومات

* پورا نام

* میڈیکل ریکارڈ نمبر

شناختی کارڈ نمبر

خدمتگار کی معلومات

شناختی کارڈ نمبر

مریض کے ساتھ رشتہ

گھر کا پتہ

موبائل نمبر

رائے / شکایت

* شکایت کی صورت میں مندرجہ بالا معلومات کا مکمل ہونا اور درست ہونا ضروری ہے۔