فرم نظر سنجی از ارباب رجوع

نام واحد مراجعه شده(مرکز /پایگاه سلامت/واحد ستادی ):

علت مراجعه :

شفافیت فرآیندی:

سوال 1 : نحوه اطلاع رسانی درباره مراحل انجام کار

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

سوال 2 : نحوه اطلاع رسانی درباره مدارک مورد نیاز برای ارائه خدمت

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

سوال 3 : انجام کار بر اساس ضوابط اداری و عدم دخالت قضاوت های شخصی

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

پاسخگویی و مسئولیت پذیری:

سوال 4 : نحوه رفتار و راهنمایی و پاسخگویی مسئول مربوطه

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

سوال 5 : امکانات رفاهی و فضای ارائه خدمت

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

سوال 6 : به موقع بودن و شفاف بودن رسیدگی به شکایات، نظرات و پیشنهادهای شما

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

سوال 7 : راهنمایی و پاسخگویی کارکنان و پی گیری وضعیت درخواست ها

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

تسلط بر فرایند:

سوال 8 : دقت و تسلط کارکنان در انجام کار به گونه ای که نیاز به دوباره کاری نباشد

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

زمان فرایند:

سوال 9 : تعداد دفعات مراجعه به سازمان برای دریافت خدمت

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

سوال 10 : میزان مراجعه به قسمت ها و بخش های مختلف برای دریافت خدمت

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

نظام مند بودن فرایند:

سوال 11 : نظم، ترتیب و سهولت دسترسی به افراد و امکانات برای دریافت خدمت

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

سوال 12 : دریافت یکباره مدارک و اطلاعات به صورت الکترونیک یا حضوری در هنگام مراجعه توسط دستگاه

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

سوال 14 : ارائه چند باره اطلاعات یا اطلاعات تکراری( نظیر: کپی شناسنامه، کارت ملی و...) به بخش های مختلف

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

سوال 15 : احساس نیاز به سفارش و توصیه های غیرقانونی برای دریافت خدمت

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

به طور کلی :

سوال 16 : احساس رضایت از خدمت یا خدمات دریافت شده

خیلی کم

کم

متوسط

زیاد

خیلی زیاد

در صورت تمایل اطلاعات زیر را تکمیل نمایید:

نام و نام خانوادگی:

شماره تماس:

ایمیل: