

Annexure 1: CGHS Beneficiary Feedback Form (लाभार्थी प्रतिक्रिया प्रपत्र)

Name (नाम): _____ CGHS Card No. (कार्ड संख्या): _____

Hospital (अस्पताल): _____ Admission (भर्ती): _____

Discharge (छुटी): ____/____/____ Mobile (मोबाइल): _____

1. Are you satisfied with the treatment you received at the hospital?

(क्या आप अस्पताल में मिले इलाज से संतुष्ट हैं?)

☐ Yes / हाँ ☐ No / नहीं

If No (यदि नहीं), please specify: _____

2. Did the hospital provide you with necessary information and assistance during your hospitalization?

(क्या अस्पताल ने भर्ती के दौरान आवश्यक जानकारी और सहायता दी?)

☐ Yes / हाँ ☐ No / नहीं

If No (यदि नहीं), specify issues:

Admission (भर्ती): _____ Treatment (इलाज): _____ Discharge (छुटी): _____

3. Were the hospital doctors, nurses and staff cooperative and courteous during your stay? (क्या डॉक्टर नर्स स्टाफ सहयोगी व शिष्ट थे?)

☐ Yes / हाँ ☐ No / नहीं

If No (यदि नहीं), please specify: _____

4. Did you pay any money from your pocket for services/tests/implants etc.?

(क्या आपने इलाज टेस्ट इम्प्लांट आदि के लिए अपनी जेब से पैसा दिया?)

☐ Yes / हाँ ☐ No / नहीं

If Yes (यदि हाँ), please give details: _____ ☐ Only partial credit was offered (केवल आंशिक क्रेडिट दिया गया)

5. Did any doctor/hospital refuse to treat you under CGHS?

(क्या किसी डॉक्टर/अस्पताल ने CGHS के तहत इलाज से मना किया?)

☐ Yes / हाँ ☐ No / नहीं

If Yes (यदि हाँ), please mention details: _____

6. Was quality food provided during your hospital stay?

(क्या अस्पताल ने भर्ती के दौरान गुणवत्ता पूर्ण भोजन दिया?)

☐ Yes / हाँ ☐ No / नहीं

7. Were prescribed medicines provided to you at the time of discharge? (क्या छुटी के बाद आपको दवाइयाँ दी गईं?)

☐ Yes / हाँ ☐ No / नहीं

8. Any other feedback (अन्य प्रतिक्रिया): _____

Date (तिथि): ____/____/____

Signature (हस्ताक्षर): _____