Проверочный лист достижения целевого значения критерия

«Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи»

Наименование структурного подразделения МО Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование  специальности | Наименование кабинета и его номер | Организация амбулаторного приема плановых пациентов | | Достижение  критерия  (да/нет) |
| по  предварительной записи (да/нет) | строго по  времени  (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | | |  |

ФИО, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проводившего оценку Подпись

ФИО, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

представителя МО Подпись