Проверочный лист достижения целевого значения критерия

«Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации»

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество пациентов, предварительно записанных на прием всеми доступными способами, человек | Количество пациентов, предварительно записанных на прием при обращении в регистратуру, человек | Доля записей, произведенных без посещения регистратуры, % | Достижение  критерия  (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

проводившего оценку Подпись

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

представителя МО Подпись