Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное

количество посещений»

(для медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь взрослому населению)

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номермедицинскойкартыпациента | Диспансеризация/профилактическиймедицинскийосмотр | Возраст,лет | Пол(м/ж) | Количествопосещений,ед. | Достижениекритерия(да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): |  |

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

проводившего оценку Подпись

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

 представителя МО Подпись