**Проверочный лист достижения целевого значения критерия**

**«Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей»**

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Количество записей на прием в поликлинику всеми доступными способами, запись** | **Количество записей на прием в поликлинику при обращении в регистратуру, запись** | **Доля записей, совершенных при обращении в регистратуру, %** | **Достижение целевого значения (Да/Нет)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
| ФИО, должность проводившего оценку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ФИО, должность представителя поликлиники\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |