**Проверочный лист достижения целевого значения критерия**

**«Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»**

(для медицинских организаций, оказывающих данный вид услуг)

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование должности медицинского работника, оказывающего платные медицинские услуги** | **Номер или наименование кабинета, в котором медицинский работник оказывает платные медицинские услуги** | | **Организация разделения потоков пациентов** | | **Наличие пересечений потоков (Да/Нет)** |
| **в пространстве**  **(Да/Нет)** | **во времени**  **(Да/Нет)** |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| Общее количество пересечений, единица: | | | | |  |
| Достижение целевого значения (Да/Нет): | | | | |  |
| ФИО, должность проводившего оценку  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | ФИО, должность представителя поликлиники  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |