

KVALITA OČIMA PACIENTŮ

Souhrnné hlášení o nezařazených pacientech a ukončení distribuce



KVALITA OČIMA PACIENTŮ
www.hodnoceni-nemocnic.cz

Název zdravotnického zařízení:									
Hlášení vyplnil/a:									
Podpis odpovědné osoby:							Datum vyplnění:		
Poř. číslo	Název ambulantního pracoviště:	Čtyřmístný kód ambulantního pracoviště	Počet nezař. pac. důvod nezařazení			odmítli / nepřevzali dot.	Čas předání posledního dotazníku		
			indispozice	organizační	celkem nezařazení		datum	hodiny	minuty
1					0				
2					0				
3					0				
4					0				
5					0				
6					0				
7					0				
8					0				
9					0				
10					0				
11					0				
12					0				
13					0				
14					0				
15					0				
16					0				
17					0				
18					0				
19					0				
20					0				
21					0				
22					0				
23					0				
24					0				
25					0				
26					0				
27					0				
28					0				
29					0				
30					0				
31					0				
32					0				
33					0				
...					0				
...					0				
...					0				
...					0				
...					0				
...					0				
CELKEM			0	0	0	0			