

# KVALITA OČIMA PACIENTŮ

## Evidence návštěv ambulantních pacientů



<b>Název zdravotnického zařízení:</b>							
<b>Hlášení vyplnil/a:</b>							
<b>Podpis odpovědné osoby:</b>						<b>Datum vyplnění:</b>	
Poř. číslo:	Název ambulantního pracoviště:	Čtyřmístný kód ambulantního pracoviště	Datum zahájení distribuce	Čas ukončení distribuce			Počet návštěv ambulantních pacientů od zahájení do ukončení distribuce dotazníků*
				datum	hodiny	minuty	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
...							
<b>CELKEM</b>							<b>0</b>

\* Rozumí se návštěvy pacientů, kteří splnili objektivní podmínky pro zařazení do šetření:

- uskutečněné v době od zahájení do ukončení distribuce dotazníků
- dosáhl věku 18 let
- nebyl v akutním stavu vyžadujícím okamžitou hospitalizaci