Образац 2. ИЗВЕШТАЈ О СПРОВЕДЕНОЈ АНКЕТИ У СТАЦИОНАРНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ: _____
ПЕРИОД АНКЕТИРАЊА: _____

Одељење	Број исписаних пацијената у недељи анкетирања	Број подељених упитника
Интерна медицина		
Хирургија		
Психијатрија		
Рехабилитација		
Гинекологија и акушерство		
Педијатрија		
УКУПНО		

ДАТУМ **ДИРЕКТОР**