

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE KARDIOLOGII - WYKONANIA BADAŃ ULTRASONOKARDIOGRAFICZNYCH  
W PORADNI KARDIOLOGICZNEJ**

**miesiąc..... rok.....**

.....  
(imię i nazwisko lekarza )

| <b>Data udzielania świadczeń</b> | <b>Godziny od – do</b> | <b>Liczba godzin</b> |
|----------------------------------|------------------------|----------------------|
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        |                      |
|                                  |                        | Suma:                |

**Czy uzupełniono dokumentację medyczną:    - tak   /    - nie   \*\*)**  
\*\*)- zaznaczyć odpowiednie

.....  
Pieczeńć i podpis lekarza

.....  
Pieczeńć i podpis osoby zatwierdzającej