

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
			Razem

*wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

Czy uzupełniono dokumentację medyczną: - tak / - nie **)

**) – WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej