Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.07.26 11:28:57 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DATA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	**GODZINY OD – DO***	**ILOŚĆ WYKONANYCH GODZIN W DANYM DNIU**
	Suma godzin:	

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

***PACJENCI PRZYJĘCI W RAMACH PROGRAMU LEKOWEGO NFZ – B*……..**

……..

DATA UDZIELENIA ŚWIADCZENIA	GODZINY OD … DO …..*	LOŚĆ PRZYJĘTYCH PACJNTÓW W RAMACH PROGRAMU LEKOWEGO NFZ
	SUMA WIZYT PACJENTÓW:	

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

***) – godziny świadczeń nie mogą się pokrywać**

…… Pieczęć i podpis lekarza

…… Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

…… Pieczęć i podpis pracownika Sekcji Rozliczeń Usług Medycznych

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej

PACJENCI PRZYJĘCI W RAMACH PROGRAMU LEKOWEGO NFZ – C……..

……..

DATA UDZIELENIA ŚWIADCZENIA	GODZINY OD … DO …..*	LOŚĆ PRZYJĘTYCH PACJNTÓW W RAMACH PROGRAMU LEKOWEGO NFZ
	SUMA WIZYT PACJENTÓW:	

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

***) – godziny świadczeń nie mogą się pokrywać**

…… Pieczęć i podpis lekarza

……. Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

……..…. Pieczęć i podpis pracownika Sekcji Rozliczeń Usług Medycznych