

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM**

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	ILOŚĆ 12-STO GODZINNYCH CYKLI W DANYM DNIE
		Razem	

Czy uzupełniono dokumentację medyczną: - tak / - nie *)
*) – zaznaczyć odpowiednio

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej