

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE ENDOSKOPII (BADANIA/ZABIEGI) W PRACOWNI ENDOSKOPII **W**
GODZINACH: 8.00 - 15.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DATA:	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
RAZEM GODZIN:			

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

RODZAJ BADANIA/ ZABIEGU	IŁOŚĆ WYKONANYCH BADAŃ/ ZABIEGÓW W MIESIĄCU
Gastroskopia, w tym z biopsją	
Kolonoskopia, w tym z polipektomią	
EVL (obliteracja żylaków przełyku ICD. 9 - 42.334)	
Rozszerzanie zwężenia przełyku (ICD.9 - 42.92)	
Proteżowanie przełyku (ICD.9 - 42.81)	
ECPW, w tym proteżowanie (ICD.9 - 51.10, 51.85, 51.88, 51.871, 51.872, 52.932)	
Ablacja guza jelita grubego (ICD.9 - 45.431)	
PEG	

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej