

**MIESIĘCZNY SPRAWOZDANIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE PIELEGNIAŘSTWA**

- 1) **W KLINICZNYM ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I ENDOKRYNOLOGII ORAZ  
INNYCH ODDZIAŁACH SZPITALA WOLSKIEGO\***,  
2) **W PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ ORAZ INNYCH ODDZIAŁACH  
SZPITALA WOLSKIEGO\***

**miesiąc..... rok.....**

.....  
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

<b>DZIEŃ</b>	<b>OD GODZINY*</b>	<b>DO GODZINY*</b>	<b>SUMA GODZIN W DANYM DNIU*</b>
<b>Razem</b>			

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

.....  
czytelny podpis Przyjmującego  
zamówienie

.....  
pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

.....  
pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa