Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.11.16 17:44:36 +01'00'

*Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży*

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PSYCHIATRII W PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO
DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

**miesiąc..... rok.....**

**.....**
(imię i nazwisko przyjmującego zamówienie)

| **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 **)**

*****) – zaznaczyć odpowiednie***

**.....** pieczęć i podpis lekarza

**.....** pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej