Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.11.30 11:52:28 +01'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Oddziale dziennym rehabilitacji psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PSYCHIATRII W ODDZIALE DZIENNYM REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ 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