

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, ODDZIALE UDAROWYM
Z PODODDZIAŁEM REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ**

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA BADAŃ 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