Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.02.02 13:07:16 +01'00'

*Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań echokardiograficznych*

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ ECHOKARDIOGRAFICZNYCH WRAZ Z OPISEM W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, UDAROWYM Z PODODDZIAŁEM REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

**miesiąc..... rok.....**

**.....**
(imię i nazwisko lekarza)

| DZIEŃ | OD GODZINY | DO GODZINY | ILOŚĆ GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ | SUMA BADAŃ WYKONANYCH WRAZ Z OPISEM W DANYM DNIU* |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | **Razem** | | |

**Czy uzupełniono dokumentację medyczną: ☐ - tak / ☐ - nie **)**

****)** – ***WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ***

**.....**
pieczęć i podpis lekarza

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