

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE GERIATRII I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
W ODDZIALE GERIATRYCZNO - INTERNISTYCZNYM
w godzinach pomiędzy 8.00 a 8.00**

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU
Razem			

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

*) – WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej